Gh. Scripcaru V. Astărăstoae
C. Scripcaru

PRINCIPII DE BIOETICĂ, DEONTOLOGIE ȘI DREPT MEDICAL

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II 295454

Editura OMNIA

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
II 295454

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Gh. Scripcaru V. Astărăstoae

C. Scripcaru

PRINCIPII DE BIOETICĂ, DEONTOLOGIE ȘI DREPT MEDICAL

Au colaborat:
Carmen Grigoriu
Bogdan Grigoriu

660725
B.C.U. IASI

Editura Omnia

Iași 1994

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Coperta de: C. Matei

B. C. U. „M. EMINESCU"
— I A Ş I —
el-755367

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

"Aducînd pe omul bolnav din pragul morţii din nou în viaţă, medicina este demiurgică, medicul devenind un adevărat creator de viaţă".

M. Heidegger

"Medicina modernă a făcut să se strîngă în mîna medicului tot mai multe şi riguroase responsabilităţi".

A. Maurois

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I.S.B.N. 973-96452-0-8

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

OBIECTUL BIOETICII, DEONTOLOGIEI ŞI AL DREPTULUI MEDICAL.

Deontologie - morală profesională văzută prin prisma datoriei profesionale.

Morala medicală - totalitatea normelor de comportament profesional.

Etica medicală - justificarea teoretică a normelor morale.

Bioetică - mod de reziliere a conflictului dintre medicina tehnologică nouă şi etica veche. Pentru Canepa, denumire neadecvată, bioetica nefiind altceva decît o extindere a deontologiei medicale la biologie. Marie Deffose o defineşte ca spaţiul în care practicile medicale, efective şi virtuale, legate de ştiinţă, sînt examinate din punctul de vedere al mizelor lor etice şi al articulării lor sociale. În esenţă, bioetica este o analiză a primelor supoziţii şi ultimelor consecinţe a cunoaşterii ştiinţifice.

În epoca diversificării prin tehnică a practicii medicale, redarea sensurilor sale profund umane revine disciplinelor medicale umaniste cum ar fi deontologia medicală, psihologia medicală, dreptul

medical etc. Faptul explică revigorarea principiilor morale ale medicinei prin "revenirea la Hipocrate", în cadrul noilor curente neohipocratice ce tind a adapta morala medicală clasică la evoluția actuală a medicinei.

Vocația medicală integrală, tehnică și umană, se cîștigă zi de zi prin efort și persuasiune. Această vocație nu trebuie înțeleasă ca un privilegiu ci ca o cucerire "dîrză și îndărătnică", prin pasiune și efort, a uneia din cele mai complete științe cu umane preocupări așa cum este medicina. Sub aspectul pedagogiei medicale, vocația medicală este "fericirea de a avea pasiune pentru profesia aleasă"; de aceea, pe fondul sensibilității native și cultivate prin grija pentru om și pentru suferința sa, ea trebuie cultivată zilnic avînd în vedere că medicina implică atitudini de reală obiectivitate epistemologică (dacă nu ar fi să invocăm decît logica diagnosticului) dar și de considerare integrală, holistică a individualității umane. De aici decurge faptul că, frecvent, pentru atitudinea sa tehnică și umană, medicul este idolatrizat dar alteori și contestat, fapt ce accentuează profesiunea de credință, modestie și fidelitate totală a medicului față de medicină.

Într-un concept de pedagogie medicală modernă, medicul trebuie *să știe, să știe să facă* și *să știe să fie* medic. Unitatea dintre a ști și a ști să fii atestă cuplul dintre competență și datorie morală în realizarea actului medical, motiv pentru care, în medicină, competența devine o datorie morală. De aceea, pe lîngă cunoștințele tehnice indispensabile succesului profesional, medicul trebuie să dispună și de o înaltă cultură umanistă și sensibilitate, în scopul de a valoriza la maximum actul său în interesul oamenilor și societății. Pentru

aceasta trebuie să fim "împinşi" în acceptarea acestei profesiuni numai de vocaţie, de motivaţie autentică a ajutorului interuman prin medicină şi de sensibilitate umană. Morala medicală nu va fi o cheie de dezlegat orice situaţie medicală, mai ales dificilă. Toate codurile deontologice adoptate în lume sînt aidoma unui iceberg, a căror principii cu valoare de ghid comportamental se află la suprafaţă iar majoritatea soluţiilor etice şi legale ce privesc multitudinea dilemelor profesionale se află sub apă. De aici, caracterul de permanentă aspiraţie către o morală medicală veridică. Pe fundamentul principiilor etice generale conştientizate, medicul trebuie să găsească singur soluţii de conştiinţă la fiecare situaţie profesională în parte. Codurile de deontologie medicală vor fi

Situaţia actuală a răspunderii medicale în Europa este ca un vîrtej provocat de două vînturi contrare: unul dinspre N.V., dinspre America, Suedia şi Finlanda care au legiferat asigurarea medicală a bolnavului în afara oricărei vinovăţii (aşa numita răspundere fără greşeală); altul vine din S.E., din ţările latine care încă mai consideră că acest tip de răspundere fără greşeală amputează medicinei ceea ce a avut mai sublim şi anume conştiinţa răspunderii profesionale. Dar şi în aceste ţări, mai ales în ţările Comunităţii Europene, evoluţia medicinei se face către indemnizarea automată a oricărei nemulţumiri faţă de actul medical, justificat de prezumţia că greşeala medicală este greu de depistat, că deseori este mascată şi deci prezumată.Avînd în vedere creşterea cu 10% anual a situaţiilor de contencios medical şi prin extindere fortuită cu situaţia din trafic (unde cine utilizează drumul public îşi asumă şi riscurile), înlocuirea răspunderii clasice prin asigurări să devină inevitabilă.

Jurămîntul lui Hipocrate a fost primul cod de deontologie medicală care, ulterior, s-a îmbogăţit imens prin adăugarea unor multiple precepte morale de activitate medicală în domenii cum ar fi: respectul vieţii umane, experimentul medical, consimţămîntul bolnavului etc.

doar un ghid în găsirea acestor soluţii. Aceasta explică poate şi faptul că la succesele tehnice ale medicinei actuale (de ex. reanimarea indefinită cu producerea acelor "morţi vii", recoltarea de organe, mai ales unice, pentru transplante, reproducerea artificială etc.) se caută răspunsuri etice specifice la implicaţiile lor şi prin înfiinţarea, în fiecare spital, a comisiilor deontologice permanente.

În condiţiile multiplelor controverse tehnice medicale şi chiar a unor curente antimedicale existente azi în lume, trebuie să găsim în medicină rezerva de acţiune şi suflet pentru realizarea mesajelor sale umane. Ea trebuie să ofere resurse de a lupta împotriva disoluţiei valorilor medicale şi de a obţine luciditatea profesională conferită de competenţă şi sensibilitate, astfel încît mesajele medicinei să devină singura alternativă la absurdităţile vieţii. Din sensul profund uman al profesiunii decurge independenţa de acţiune a medicului în interesul bolnavului şi societăţii precum şi şansa ca el să se salveze ca om şi profesionist în faţa eşecurilor naturii. Prin medicină, medicul are şansa de a oferi oamenilor cele mai de preţ bunuri ale naturii, sănătatea, bunătatea şi sensibilitatea, ce vor permite a traversa cu demnitate profesiunea aleasă. Prin efortul pentru bine, adevăr şi frumos, medicul îşi va depăşi limitele proprii deoarece va reuşi să ridice omul mai presus de condiţia sa afectată de boală; nu rareori, în faţa distorsiunii unor valori,

B.C. ... IAȘI

medicina va fi reazem și punct de sprijin. În fața compasiunii considerată o servitute, medicina va arăta că empatia și dragostea umană devin singura cale de supraviețuire în fața unor evoluții umane egocentrice. Medicina reiterează cu succes iubirea. Medicina este o șansă de a reda verticalitatea spiritului uman, de a face ca "o picătură de sensibilitate căzută în infern să-l preschimbe în paradis" și pe aceeași măsură, de a face ca "biografia medicului să-i întreacă opera", de a oferi un model autentic de viață, de a-și valoriza viața. Adresîndu-se cu curaj vieții, bolii și morții, medicul se adresează celor mai autentice valori sociale. El are puterea de a converti nonvalori în reușite umane profesionale și de a înfrînge astfel temporarul prin durabil, de a-și asigura permanența în conștiința semenilor. Susținînd condiția bio-psiho-socială afectată de boală, medicul realizează implicit condiția spirituală a omului, devine "creator de sensibilitate umană", șansă deosebită oferită de medicină pentru valorizarea existenței proprii a medicului.

Viitorul profesiunii medicale va fi cu atît mai mult un subiect de interogații și neliniști deoarece medicina va rămîne o specialitate cu

Kant justifica normele morale prin necesitatea de a acționa întotdeauna, în așa fel încît norma proprie de comportament să fie luată drept criteriu de comportare general valabil. În deontologia profesională acest "imperativ categoric" moral trebuie să devină și dezirabil și realizabil. Datoria morală, imperativ categoric, conferă specificul moralei lui Kant și reprezintă corolarul normativității morale ce a dus la clasificarea judecăților morale în imperative, estimative și normative.

Bentham a considerat şi justificat că esenţa moralei, în general, şi a moralei profesionale, în special, este îndeplinirea datoriei morale şi profesionale, motiv pentru care a definit morala prin noţiunea de datorie (deontos = datorie). El a încercat să arate necesitatea căilor de realizare a binelui moral prin datoria morală. Datoria morală exprimă cerinţe obiective ale nevoilor sociale sau profesionale precum şi cerinţe subiective ce răspund unor mobiluri interne şi prin care datoria morală devine un mijloc de realizare a valorilor ca scop al vieţii.

un coeficient înalt de responsabilitate. Evoluţia tehnică a medicinei ce ne pune în faţa nevoii de securitate biologică face ca opinia publică să nu mai accepte fatalitatea naturii.Evoluţia, mai ales liberală a medicinei, va exprima dilemele şi chiar antinomiile sale, dileme ce vor trebui să găsească cele mai bune şi fidele matrici de slujire conştientă a omului. Într-o astfel de evoluţie numai autoritatea şi personalitatea medicului, ce izvorăsc din competenţă şi conştiinţă, va devansa permanent încrederea bolnavului şi a comunităţii în medic şi medicină. Numai competenţa şi conştiinţa datoriei împlinite vor evita, în acelaşi timp, uzura psihică a medicului în faţa eşecurilor naturii sau chiar alienarea sa de la caracterul sacru al vieţii ce impune un respect absolut.

Responsabilitatea medicului faţă de actele sale, în faţa bolnavului şi a societăţii, a fost onoarea profesiunii, a fost şi este preţul libertăţii profesionale, este garanţia calităţii actului medical prin răspunderea faţă de propria competenţă şi faţă de deciziile luate. Grandoarea muncii medicale rezultă din conştiinţa răspunderii pentru actul efectuat şi pare estompată azi de evoluţia instituţiei răspunderii medicale către

asigurarea de reparare a unor eventuale prejudicii în afara oricărei răspunderi inevitabil trăite. Se va ajunge astfel la transformarea practicii medicale într-o societate de asigurări a întregii populații împotriva oricărui aleas existențial cu care se confruntă medicul.

Soluțiile de compromis ce se caută sînt aleatorii, avînd drept scop:

- a lua în considerare riscurile practicii medicale - în condițiile în care medicul este obligat "a acorda îngrijiri atente, conștiente și conforme datelor cîștigate de știință";
- a păstra și asigura autoritatea medicului;
- a concilia conflictele prin proceduri extrajudiciare și cu comisii predominent medicale;
- a păstra imaginea asumării răspunderii în deplină independență profesională - pentru a evita inflația necontrolată a cotizațiilor de asigurări ce ar duce la creșterea inevitabilă a costului asistenței medicale.

Instituția răspunderii profesionale a fost și rămîne un important factor de progres medical, atît

Modelul profesional și cultural al personalității medicului a fost conturat încă de Hipocrate, care, în lucrarea sa intitulată "Despre comportarea cuvenită", arăta: "...medicul filosof este asemenea zeilor. Nu este nici o deosebire între filosofie și medicină; tot ce există în prima există și în a doua: abnegație, rezervă, pudoare, modestie, păreri sănătoase, judecată, calm, curățenie, fermitate, cunoașterea a tot ceea ce este trebuincios în viață, dobîndirea a tot ceea ce purifică, dezbărarea de superstiții, superioritatea

Eroismul medicilor care au lucrat în lagărele de concentrare nazistă, a obținut aprecieri nelimitate ale opiniei publice și deținuților care scriau: "medici au depășit limitele omeniei prin abnegația dovedită în salvarea muribunzilor. Ei nu se dădeau în lături de la nici un efort. Totdeauna pe baricade, își croiau drum peste moarte, pe care o alungau cu fermitate, neîncetat. Nici un caz nu-i făcea să dea înapoi. Dimpotrivă, cu cît sarcina era mai anevoioasă, cu atît dorința lor de a învinge și a-și salva fratele, era mai mare. În ciuda oboselii zdrobitoare, erau întotdeauna neînchipuit de stăpîniți. Pentru ei, viața omenească avea întotdeauna și în toate împrejurările un sens și acest sens nesfîrșit al existenței includea suferința și moartea, mizeria și moartea. Ei ne determinau să acceptăm suferința și moartea nu ca niște mizerabili ci cu mîndrie, pentru că, ne spuneau, sacrificiul are totdeauna un sens cu condiția tacită de a nu cîștiga nimic".

prin asigurarea calității actului medical cît și prin stimularea inițiativei medicale în situația unor false acuzații sau a unor inadecvate reprezentări despre posibilitățile științei medicale la un moment dat. Instituția răspunderii se impune ca un act de autentică cultură medicală iar medicul un realizator a acesteia.

Deontologia, ca știință a îndatoririlor profesionale (a comportamentului profesional), s-a constituit în cadrul profesiunii medicale încă din cele mai vechi timpuri. Ea a apărut ca o necesitate în medicină deoarece, pe lîngă însușirea unor norme tehnice de comportament, această profesiune a obligat întotdeauna la însușirea unor norme etice fără de care succesul profesional nu poate fi asigurat.

Astăzi, deontologia medicală s-a constituit într-o adevărată știință deoarece evoluția medicinei a adus nevoia justificării, structurării și codificării unor norme precise de comportament etic profesional.

În decursul timpului s-a discutat dacă deontologia medicală este o latură a moralei generale pe care se bazează, este deci o morală profesională deschisă opiniei publice, sau este o morală specifică a unui grup profesional, o morală închisă. Pentru a răspunde la această întrebare trebuie să avem în vedere faptul că, indiferent de paleta profesiunilor dintr-o societate, criteriile progresului moral rămîn aceleași. Idealul de solidaritate umană, de umanizare prin valorile spirituale și culturale ce au ajutat desprinderea omului de instinctualitate, idealul "de a face bine pentru cît mai mulți oameni" promovat de Bentham (care a dat și numele deontologiei) constituie idealuri generale și profesionale. De aceea, deontologia medicală nu poate face abstracție de criteriile generale ale moralei sociale. Deontologia este însă o particularizare a moralei generale la profesiunea medicală, o condensare și o îmbogățire a moralei în domeniul acestei profesiuni și, invers, profesiunea medicală devine o disponibilitate pentru principiile moralei generale.

Prin **morală profesională** se înțeleg, de regulă, normele de comportament profesional ce au valoarea unor criterii de referință pentru asigurarea progresului profesional iar prin etică profesională se înțelege justificarea teoretică a necesității respectării acestor norme. Etica devine astfel o teorie a moralei.

Într-un cod de deontologie medicală există multiple norme de comportament profesional care privesc grija pentru bolnav, respectarea intereselor societății, a consimțământului bolnavului și secretul medical etc. Toate aceste norme vizează necesitatea de a nu dezminți încrederea bolnavului în medic și chiar în medicină ci, dimpotrivă, de a face mai autentic raportul dintre încrederea bolnavului în medic și răspunsul de conștiință al acestuia la încrederea bolnavului. Cum medicina, în toate timpurile, a avut un versant biologic dar și altul etic și psihologic, evident că aceste norme de comportament profesional s-au îmbunătățit progresiv, pe primul plan situîndu-se astăzi obligațiile medicului față de societate, față de bolnavi și față de colegi.

"Expert trebuie să fie acel care tratează și îngrijește bolnavul, căci cel mai bun om pentru a-l judeca pe medic este omul care el însuși este capabil de tratarea și îngrijirea bolnavului și acesta nu este decît omul care este el însuși medic".

Aristotel

La întrebarea de ce este necesar ca etosul moral să devină un pattern comportamental, ne răspunde, de această dată, **etica medicala** care, plecînd de la aptitudinea medicinei de a face omul mai bun, mai afectiv și mai generos, stabilește idealurile oricărei morale profesionale și anume contribuția sa la formarea omului axiologic, preocupat în cel mai înalt grad de valorile autentice. Etica generală ne arată că existența nu are sens dacă nu este raportată la valoare deoarece numai aspirația spre valori este aceea care dă valoarea omului. În acest sens, etica generală arată că, esențial în atitudinea morală, este nevoia de a fi

om, că esența morală a omului este altruismul, abnegația și asumarea de responsabilități. Dar în aceeași măsură, etica profesională arată că indiferent de posibilitățile tehnice, mai ales acolo unde aceasta nu ajută, medicul trebuie să rămînă întîi un om deoarece perfecțiunea sa medicală se poate atinge și prin criterii etice. Dacă în etica generală, formarea conștiinței morale în scopul respectării normelor morale devine o referire rațională la un ansamblu de valori, în deontologia medicală, conștiința morală profesională se realizează prin obligația medicului de a da întotdeauna un ajutor conștient, atent, plin de solicitudine și conform datelor actuale ale științei.

> Epicur spunea că recunoașterea erorii și greșelii marchează începutul salvării.

În esență, dacă morala arată necesitatea respectării anumitor norme de conduită, etica arată de ce este necesară respectarea acestor norme, criteriile moralei generale fiind aplicabile și în deontologia profesională.

Conștiința morală, ca scop final al moralei, implică atît o accepțiune morală cît și una intelectuală adică o conștientizare a faptelor morale cu asumarea oricăror responsabilități. Numai conștiința morală face din răsplata medicului o valoare fără de care povara acestei profesiuni ar fi dificilă și greu de dus.

Deontologia medicală exprimă întruchiparea normelor de comportament profesional ce asigură realizarea idealurilor medicinei. Între normele de comportament profesional și realizarea acestor idealuri se interpune necesitatea satisfacerii datoriei profesionale ca esență a deontologiei medicale.

Deontologia medicală se prezintă sub două versante:

- versantul respectării integrale a intereselor societăţii, persoanei şi omului bolnav;
- versantul asigurării condiţiilor iniţiativei tehnice şi morale a medicului.

Societatea şi opinia publică are dreptul şi obligaţia de a lua atitudine împotriva oricăror încălcări ale normelor de comportament profesional dar şi de a asigura cîmpul de acţiune şi iniţiativă a medicului apărîndu-l atunci cînd este victima unor eşecuri inerente medicinei sau a unor false acuzaţii. Sub acest aspect, cercetarea eşecurilor medicale în cadrul Colegiilor Profesionale are menirea de a proteja opinia publică de insuccesele inerente dezvoltării medicinei la un moment dat dar şi de a realiza, la maximum, posibilităţile şi resursele medicului în slujirea moralei medicale.

Medicina promovează slujirea omului ca scop şi nu ca mijloc, plecînd de la respectul absolut al demnităţii umane. Obiectivele şi opţiunile în vederea realizării acestui "homo homini homo" implică criterii de judecată morală în practica profesională precum şi atitudini de comportament moral, în măsură a realiza binele medical în contextul binelui general. Umanismul ştiinţific

"Sacrificarea vieţii pentru universalitate este o învingere a morţii printr-un act de eroism, depăşirea vieţii vegetative prin spiritualitate, constituie o învingere a morţii printr-un act estetic iar slujirea permanentă a binelui şi adevărului devine o cale de învingere a morţii printr-un act prin excelenţă moral".

M. Eminescu

medical pleacă de la constatarea că viaţa omului este un unicat iar esenţa moralei este altruismul. Pierderea acestui caracter de unicat uman înseamnă pierderea valorii omului iar deturnarea medicinei spre scopuri individual-egoiste înseamnă dezumanizarea sa. Acest umanism ştiinţific medical devine un antidot împotriva oricăror pretinse crize medicale ca şi împotriva oricăror anxietăţi individuale. Nesiguranţa interioară, duplicitatea, devalorizarea datoriei, primatul bucuriilor simple şi facile, urmărirea succesului cu orice preţ, filosofia lui carpe diem cu dispariţia oricăror idealuri de comunicare specific umană, nivelarea aspiraţiilor umane sau vidul spiritual constituie o înstrăinare a omului şi a medicului de umanismul medical ca şi de interioritatea sa, situaţie ce trebuie eliminată prin dragoste nelimitată pentru om. În acest sens, afirmaţii de tipul: invidia medico-medicorum, medicus medico lupus sau definiţia medicului ca un om pe care trebuie să-l respecţi atunci cînd ai nevoie de el dar împotriva căruia trebuie să asmuţi cîinii cînd nu ai nevoie de el devin anacronice din punct de vedere al umanismului medical şi al deontologiei medicale.

Din principiile deontologiei medicale decurg atributele de *personalitate* ale medicului. Categoriile etice de bine, responsabilitate, datorie şi demnitate se realizează prin personalitatea medicului ce trebuie să devină un model de conduită civică şi profesională, un model de umanitate. Medicul trebuie să înţeleagă în cel mai înalt grad destinul şi demnitatea omului, motiv pentru care comportamentul său trebuie să devină o adevărată valoare de referinţă. Medicul trebuie să ţină cont de faptul că omul este un sistem

conştient, genetic programat şi social structurat. A fi medic nu înseamnă a avea o diplomă, el trebuie să fie recunoscut ca atare de oameni, în toate ipostazele de viaţă socială şi profesională. Pentru a realiza acest model profesional, medicul trebuie să înţeleagă la maximum pe ceilalţi, să facă din deontologia sa profesională o cale a vieţii, să-şi pună chiar şi drepturile sale în slujba altora, să lupte cu mediocritatea care, inofensivă în trecut, poate anula astăzi calitatea de medic. Atît timp cît profesiunea medicală este un concept economic, civic, pragmatic dar şi etic, medicul trebuie să-şi formeze "idealuri pe termen lung", să conceapă munca sa ca un cult şi să fie responsabil, responsabilitatea devenind unicul criteriu de referinţă în aprecierea muncii medicului. Dacă libertatea etică superioară decurge din pasiune şi dacă realizarea condiţiei umane se face prin sacrificiu, atunci medicul trebuie să lupte pentru vocaţia sa profesională care să devină o adevărată fericire profesională. Vocaţia profesională nu se poate realiza fără a fi "permanent nemulţumit pe seama ta", fără a fi permanent preocupat de făurirea propriului destin profesional, fără a face dovada cotidiană a unui alterocentrism comportamental. Medicul trebuie să fie "modest în măreţia sa" şi să dea dovadă, în orice gest profesional, de armonie, măsură, înţelegere şi simţ pentru uman. Devii medic autentic nu prin conformism profesional sau moral ci prin subiectivarea responsabilităţilor proprii în scopul autodepăşirii prin competenţă, universalism, specializare, neutralitate afectivă şi orientarea către comunitate (devoţiune). Medicul trebuie să lupte pentru autoritatea sa profesională care devine astfel o valoare şi să evite orice "sărăcie morală" care poate aduce sărăcia fiinţei sale. El trebuie să evite comportarea birocratică (îndeplinirea unor simple

obligații de serviciu), comportare ce omoară orice pasiune, și, dimpotrivă, să realizeze abnegația și chiar sacrificiul cotidian ca o modalitate de convertire a valorilor spirituale în valori sociale. El trebuie să aibă în vedere că prin munca sa are șansa unui eroism cotidian dacă dă acțiunilor sale o valoare etică, dacă conciliază tehnica cu etica într-o sinteză superioară și dacă dă dovadă de exemplaritate umană. În fond, onestitatea medicală se bazează pe corectitudine, obiectivitate dar și pe îndoiala permanentă a medicului față de calitatea deciziilor sale, pe scuza sa loială - ca o formă autentică a sentimentelor sale oneste. Onestitatea profesională, libertatea de a fi și de afirmare a responsabilității profesionale devin fundamentul oricărei acțiuni medicale și începutul desuetudinii oricărei antinomii ce depersonalizează și dezumanizează în cel mai înalt grad relația medic-bolnav.

Hipocrate cerea personalității medicului următoarele atribute: demnitate, simplitate, pudoare, gravitate, autoritate fără austeritate, prudență, dreptate și onestitate, exemplaritate, optimism, spirit pozitiv și constructiv, dezinteres, caritate și acceptarea ingratitudinii.

Ulterior, o serie întreagă de medici, prin conduita și viața lor, s-au pus în "slujba universalului" (Goethe) adică au îndeplinit fapte care au căpătat semnificație istorică prin sacrificiul propriei vieți, în scopul prezervării destinului uman. Hunter și-a inoculat germenii bolii venerice, Axenfeld a studiat trahomul pe el însuși, Mecinicoff și-a inoculat germenii febrei recurente, Minch pe cei ai tifosului, iar Savenco, vibrionul holeric. Cournand și-a explorat propria circulație pulmonară, Koppe a experimentat digitala pe

propriul său corp, Sindenberg muscarina, Pamfil mescalina, iar Cohn radiumul. Simpson a studiat acțiunea cloroformului pe propriul său corp, Clara Foni a cancerului, iar Wolmer a malariei.

Practica medicală contemporană, prin tehnicizarea la care este supusă, aduce riscul funcționarizării și birocratizării medicinei, precum și a dezumanizării unei profesiuni prin excelență umană. Din ce în ce mai mult, medicul se simte apăsat de norme tehnice și instituționale care, îi dau sentimentul exercitării de automatisme profesionale și depersonalizării relației sale cu bolnavul. Pentru a nu pierde din uman ceea ce medicina cîștigă prin tehnic, medicul este obligat să personalizeze permanent acțiunile sale, să raporteze permanent munca sa la ceilalți, la societate, să cîștige astfel demnitatea și independența sa profesională, să fie un permanent educator pentru a ajuta la convertirea vieții în cultură. Medicul trebuie să lupte astfel cu toți factorii de stress medical, de la cei banali pînă la cei mai gravi, cum ar fi anamneza în condiții de aglomerație și grabă, izolarea și uniformizarea de spital, limbajul inadecvat, comportarea exclusiv tehnică, acceptarea situației de inferioritate a bolnavului, lipsa sa de informare, obligația la supunere în loc de spirit critic, tratamentul depersonalizat centrat pe boală și nu pe bolnav, măsuri impersonale etc. Numai fiind atent la toate aceste măsuri de umanizare și personalizare a acțiunilor medicale, medicul va reuși, în epoca de tehnicizare pe care o străbate medicina, să transforme, cu ajutorul deontologiei medicale, profesiunea sa într-o misiune și într-un mesaj profesional-social.

La limita dintre comportamentul etic profesional și responsabilitatea juridică a

medicului se află **dreptul medical** - condensarea tuturor normelor de comportament profesional într-un statut medical cu caracter normativ, predominant juridic. Cum dreptul este un minimum de morală, evident, acest statut se va baza pe normele etice ideale de comportament profesional şi pe drepturile conferite de societate în domeniul sănătăţii.

În societatea modernă, omul devine un titular al unui drept constituţional la sănătate, asemănător oricărui alt drept constituţional, ca de exemplu dreptul la învăţătură, fapt pentru care, asistăm la transformarea unei atitudini etice faţă de boală într-o etică a sănătăţii, la socializarea acţiunilor şi faptelor medicale, prin care omul nu mai este un obiect ci un subiect al practicii medicale. Legiferarea unui drept la sănătate apare firească în condiţiile societăţii contemporane în care "dreptul nu poate funcţiona decît într-o societate morală" şi în care omul devine valoarea supremă tocmai prin faptul că el construieşte şi crează toate celelalte valori sociale. Astfel, de la viaţa şi sănătatea pusă pe seama destinului societatea trece la un drept la viaţă. De la constatarea lui Hipocrate, care obliga pe medici la un tratament "pe cît îl ajutau puterile şi mintea" (obligaţie de mijloace şi nu de rezultat), s-a trecut la efortul de considerare a sănătăţii ca element principal al calităţii vieţii. Mai mult, de la un fel de certificat de garanţie privind pregătirea elevului de către maestru pe care îl cerea Jurămîntul lui Hipocrate, se trece la însuşirea şi perfecţionarea profesională cu şanse egale pentru toţi medicii. De la principiul lui Ambroise Paré, care proclama adevărul că "nu avem boli ci bolnavi" şi prin care se recunoştea calitatea de unicat genetic, s-a trecut la convertirea datoriei de

a îngriji într-un drept de obținere a vindecării prin toate mijloacele puse la dispoziție.

Dreptul la sănătate și la viață devine un drept la un destin propriu, un drept la un nivel de viață, în măsură a asigura sănătatea omului și în care rolul medicinei de a ameliora existența umană este de necontestat. Din dreptul constituțional la asigurarea sănătății decurge respectul absolut al persoanei și vieții umane, respect aidoma unui cult în virtutea căruia viața umană este inalienabilă, imprescriptibilă și inconvertibilă. În realizarea acestui drept, medicul nu are căderea de a decide asupra destinului unei persoane deoarece, acesta aparține exclusiv deciziei de conștiință a persoanei respective. Prin dreptul la viață, medicul este confruntat cu valori individuale și sociale, valori ale căror criterii de referință nu poate fi decît respectul absolut pentru ființa umană, ca un drept absolut ce nu suportă nici un fel de comentarii (homo res sacro homini). În focul acestor confruntări medicul păstrează obligativitatea declarării bolilor, spitalizării bolilor transmisibile, vaccinărilor, accesului la asistență medicală etc., numai în condițiile respectării dreptului bolnavului la informare, al consimțămîntului obținut din partea bolnavului, al păstrării secretului profesional etc. Cum datoria (deontologia) și dreptul fac un cuplu invariabil și de cauzalitate primară, rezultă că preocupările deontologiei medicale nu pot fi separate de dreptul medical și invers.

O problemă medicală și juridică de mare importanță practică privește criteriile delimitative între responsabilitatea etică și cea juridică în practica medicală. Dacă prima este de domeniu apăsării conștiinței morale, cea de-a doua este de

domeniul sancțiunii penale. Responsabilitatea medicului poate fi morală, disciplinară, penală etc. deoarece, normativele profesiunii medicale sînt la rîndul lor tehnice, morale, administrative sau juridice. Responsabilitatea devine o latură a drepturilor altui om și o trăsătură de personalitate, deoarece, asumarea conștientă a obligațiilor profesionale este fundamentul său.

Responsabilitatea se bazează pe libertatea profesională iar interiorizarea datoriei de a fi responsabil, crează cîmpul adevăratei responsabilități profesionale.

Responsabilitatea nu trebuie înțeleasă numai ca o simplă supunere la norme, deși norma rămîne un criteriu de apreciere a responsabilității, dimpotrivă ca o opțiune și o angajare pentru realizarea idealurilor profesionale, opțiune ce se bazează pe competență și conștiință profesională, pe prudență și decizie, pe fidelitate pentru profesiune.

Responsabilitatea autentică, care decurge dintr-un drept la sănătate precum și din efectele inevitabile ale practicii medicale asupra omului și chiar din riscul utilizării actelor medicale în sens contrar scopurilor și menirii medicinei, devine o conciliere între necesitatea asigurării progresului medical și protejarea drepturilor omului și bolnavului. Ele apar astăzi, dezbrăcate de orice fetișism, în scopul de a asigura personalizarea oricărei acțiuni medicale. Orice lipsă de interiorizare a sentimentelor morale ca și orice exces de incriminare, poate duce la o medicină depersonalizată, iar aceasta, poate fi începutul unei responsabilități depersonalizate. Formarea sentimentului autentic de responsabilitate este singurul în măsură să înlăture frica de responsabilitate a cărei consecință este practicarea

unei medicini defensive, cu creşterea costului asistenţei medicale, prin dosare de acoperire de frica responsabilităţii.

Criteriile delimitative între responsabilitatea morală şi cea juridică au fost diferit apreciate în decursul timpului, cei vechi obligînd medicul să garanteze, prin competenţa morală cerută, răspunderea sa, lipsa acestei competenţe constituind o greşeală (spondet peritiam artis et inperiatia culpae ad numeratur).

Sydenham considera că dacă medicul s-a comportat totdeauna aşa cum ar fi dorit el însuşi să se comporte medicul faţă de el dacă ar fi fost bolnav, în caz de eşec, acesta va avea conştiinţa răspunderii morale dar nicidecum a sancţiunii penale.

Se poate considera că ori de cîte ori medicul a făcut tot ceea ce a putut să facă, atît ca om cît şi ca specialist în raport cu pregătirea sa (specialitatea sa) şi în raport cu condiţiile sale de lucru, el va suporta conştiinţa unui eşec profesional dar nu şi a unei răspunderi penale.

În practică această apreciere constituie obiectul de lucru al unor comisii medicale care trebuie să întrunească două calităţi: să trăiască ele însele dificultăţile şi succesele practicii medicale şi să posede conştiinţa respectului adevărului ştiinţific, în vederea unor concluzii ştiinţifice.

Comisiile de experţi au sarcina de a corela problemele concrete ale practicii medicale cu cele abstracte ale principiilor juridice şi, funcţionînd în cadrul sectorului medico-legal, devin astfel o matrice epistemică a deontologiei şi dreptului medical. Competenţa dublă a acestor comisii în domeniul medicinei şi al dreptului, precum şi climatul lor de lucru, prin efectuarea unor acte de

autoritate pentru care sînt supuse direct Ministerului Sănătății, facilitează finalitatea dreptului, atît în sensul protejării bolnavului cît și a stimulării inițiativei medicului.

La căpătul acestei succinte treceri în revistă a problemelor cu care se confruntă deontologia și dreptul medical, se ridică implicit problema **profilaxiei responsabilității juridice a medicului**. Profilaxia autentică a răspunderii medicale este de ordin moral pentru că veritabila realitate medicală este cea morală, după cum veritabila morală medicală este cea care se trăiește.

Competența medicului este primul element de reținut în această profilaxie. Competența în medicină devine "o formă de onestitate". Hipocrate spunea că incompetența medicului este primul său defect și un act grav de necinste. Efectele incompetenței sînt majore în urgențe și aceasta devine imputabilă ori de cîte ori medicul nu este adecvat informat, își depășește competența sau se desistă de la ceea ce ar trebui să facă în interesul bolnavului. În virtutea cerinței morale de competență medicul trebuie să dea dovadă de integritate și autoritate morală, evitînd orice acte în interesul său și în afara profesiunii, acte care ar dezonora medicina. În virtutea aceleiași competențe medicul trebuie să fie dispus la o profesiune de credință care devine astfel cel mai bun test de caracter și personalitate prin gradientul reacției psihologice a medicului în fața propriei sale greșeli.

Medicul trebuie să știe că bunătatea, atitudine psihologică necesară practicii medicale nu va fi niciodată în stare să compenseze lipsa de cunoștințe profesionale.

Conştiinciozitatea ireproşabilă a medicului faţă de obligaţiile sale profesionale este o altă cerinţă a profilaxiei răspunderii medicale. Prin această conştiinciozitate profesiunea medicală se transformă într-un destin ce structurează o autentică personalitate morală, nu atît prin conformism normativ cît prin confruntarea răspunderilor şi permanentă autodepăşire conştientă. Conştiinciozitatea oferă cheia răspunsului creator al subiectivităţii medicului faţă de normativitate, permiţîndu-i crearea valorilor medicale. Conştiinciozitatea converteşte orice argumente ale medicului într-un stil de viaţă propriu, făcîndu-l să accepte rolul benefic al oricăror obstacole de viaţă profesională. În conduita medicală orice duplicitate poate deveni un fel de "schizofrenie morală" relevată şi de faptul că cei mai competenţi medici fac tot atîtea greşeli ca şi cei incompetenţi, dacă nu sînt conştiincioşi cu obligaţiile lor, dacă nu examinează complet un bolnav, dacă nu au răbdarea unei anamneze etc.

Prudenţa este o altă necesitate de comportament profesional în măsură a preveni responsabilitatea judiciară. Astăzi, cînd arsenalul terapeutic este atît de încărcat, realizarea principiului primum non nocere - prin prudenţa medicului, prin echilibrul dintre scepticism (ce nu se vrea paralizant ci prudent) şi optimism (ce nu se vrea exagerat ci stenic) - devine absolut necesar.

Devoţiunea medicului faţă de obligaţiile sale profesionale este o altă cerinţă de profilaxie. Devotamentul este cel mai mult apreciat de bolnav şi este consumat cotidian, de la solicitudinea actelor comune pînă la abnegaţia actelor deosebite. Devotamentul medicului obligă la a pune

interesele bolnavului întotdeauna înaintea reputației medicului, la a înlătura vedetismul, reclama și orgoliul și la a da întotdeauna speranță prin recunoașterea suferinței și bolii. Atributele de conștiință morală nu trebuie să fie niciodată considerate ca un epifenomen al unei activități ci dimpotrivă, ca generatoare de devotament și pasiune. În virtutea acestui devotament, medicul trebuie "să slujească medicina fără a se sluji de ea" și să-și consume profesiunea "în nevinovăție și curățenie" (Hipocrate). Devoțiunea pentru idealurile profesionale constituie adevărata vocație medicală ce cultivă valorile morale de altruism și generozitate. Totdeauna, bolnavul ce vine la medic așteaptă un ajutor tot atît de mare de la umanitatea medicului cît și de la tehnicizarea sa. De aici obligativitatea umanizării și individualizării actului medical, pentru că omul, în orice circumstanță de viață, este o ființă care dorește să fie o valoare, care dorește să-și valorizeze viața.

Asumarea responsabilităților profesionale prin luarea deciziilor profesionale, constituie o altă cale de prevenire a răspunderii judiciare. Un medic bun nu se gîndește la responsabilitatea sa iar în momentul unei acțiuni se dăruiește total acesteia "consumîndu-se pe sine". Responsabilitatea medicului este un destin profesional pe care nimeni și nimic nu-l poate înlătura. Medicul adevărat este acela care se ridică de la morala elementară a respectului normelor și responsabilității la morala superioară a asumării responsabilității. Medicina se consumă cotidian prin devotament, abnegație și capacitatea asumării deciziilor și responsabilităților de către medic iar înțelegerea acestui fapt va fi totdeauna în măsură să potențeze efortul său creator în sensul afirmării mesajelor medicale general-umane și universale.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ELEMENTE EVOLUTIVE ALE DEONTOLOGIEI MEDICALE

Este un merit al profesiunii medicale faptul că, în domeniul său de lucru, a apărut prima preocupare de deontologie profesională care astăzi se extinde la totalitatea profesiunilor. Era firesc să se întîmple așa, cît timp în centrul ei s-a aflat omul cu suferințele sale.

De la lecuirea instinctivă (prin fugă de un agent al unei violențe externe sau prin extragerea instinctivă a unei săgeți din corp) omenirea a trecut progresiv la conștientizarea unor proceduri de întrajutorare umană ce au caracterizat medicina empirică, bazată aproape exclusiv pe observații. Astfel, prin reiterare, s-a conștientizat necesitatea imobilizării unei fracturi pentru a evita durerea ca și nevoia unei trepanații craniene în același scop (dovadă existența acestora pe craniile din Neanderthal). Consecutiv acestor practici empirice a apărut preocuparea de *vindecător*, ce concentra în activitatea sa diferite cunoștințe cum ar fi cele referitoare la efectul diferitelor plante, pe care apoi le transmitea ereditar. Dar, tot acum, în fața unor situații și probleme umane de nerezolvat, se apela la ajutoarele supranaturale, la ajutorul zeilor, fapt ce dezvoltă **etapa medicinei sacerdotale**. Boala se considera ca fiind o consecință (pedeapsă) a spiritelor rele, o pedeapsă divină (de ex. Coranul), de unde nevoia de a

Cu 5.000 ani în urmă, un papirus consacra astfel relaţia medic-bolnav:

"Nu-ţi vei pierde niciodată răbdarea
Şi vei fi mereu atent,
Îndeplinind totul cu spiritul concentrat asupra muncii tale.
Acţionînd umil
Şi după reflexie
Din toată inima.
Te vei strădui să aduci vindecarea celor care sînt bolnavi
Şi fără să-i exploatezi în favoarea ta.
Nu va trebui niciodată,
Nici chiar în imaginaţia ta
Să posezi femeia altuia
Şi nici să-ţi însuşeşti bunul altuia."

alunga aceste spirite rele (diavolul) din sufletul bolnavului. Apar diferite cărţi sfinte şi noţiunea de *preot-vindecător*, apt a le descifra şi aplica. În această etapă, medicina se practica pe lîngă temple, iar preotul vindecător se impunea ca un intermediar între bolnav şi zei cărora le implora bunăvoinţa. În acest mod, "succesele" medicinei sacerdotale se considerau ca fiind datorate zeilor iar eşecurile, ca fiind expresia unei pedepse divine; cum zeul nu era responsabil de eşecul uman, nici preotul vindecător nu avea nici o vină faţă de acest eşec. Lipsa de responsabilitate a preotului era astfel expresia unei imunităţi divine şi singura sa angajare de responsabilitate consta doar în faptul de a nu fi respectat prevederile cărţilor sfinte.

Cu timpul, prin observaţie raţională şi sistematică a bolilor şi suferinţei, medicina se laicizează, apărînd *vindecătorul laic*, responsabil. Unele prevederi ale cărţilor sfinte (de ex. la egipteni) arată trecerea spre aceste calităţi de

vindecător laic, cînd îi pretinde "să nu lenevească, să nu dorească petreceri, cărţile să nu-i cadă din mîini şi să nu-şi piardă puritatea morală". În epoca de început a laicizării preocupărilor medicale apare pentru prima dată relaţia medic-bolnav care pînă acum era o relaţie zei-bolnav.

Exponentul cel mai autoritar al perioadei de laicizare a medicinei a fost Asclepios (Esculap) care încă practica medicina în temple şi care, pentru activitatea lui de vindecător, a fost zeificat de contemporanii săi. În aceeaşi perioadă, codul Hamurabi consacra judiciar responsabilitatea sau nonresponsabilitatea vindecătorilor atunci cînd spunea că preoţii sînt imuni faţă de rezultatele muncii lor iar chirurgii (laicii) sînt responsabili de aceste rezultate. Fapte de observaţie laicizează însă progresiv preocupările vindecătorilor, Zamolxe (citat de Platon) recomanda ca aceştia să ţină cont că bolile trupului pot fi şi ale sufletului şi invers. Cu 2.000 de ani înainte de Hristos, un pasaj din Veda accentua necesităţile de stăpînire a cunoştinţelor ştiinţifice atunci cînd se referea la

> "Acela care va fi învăţat numai principiile medicinei dar care nu va fi primit instrucţia practicii îşi va pierde sîngele rece în faţa unui bolnav, întocmai ca fricosul care-şi pierde cunoştinţa într-o bătălie. Pe de altă parte acela care în chip pripit se apucă de practica medicinei înainte de a fi studiat în mod temeinic principiile artei e nevrednic de sprijinul oamenilor instruiţi şi merită să fie pedepsit. Şi unul şi altul sînt tot atît de nepregătiţi şi de nedemni de a deveni practicieni precum e imposibil ca o pasăre să zboare cu o singură aripă"
>
> Vedele

"riscurile nepregătirii şi necunoaşterii meseriei de vindecător".

Cu 1.000 de ani înainte de Hristos, celebrul învăţat Avicena, ce a scris Canonul medicinei şi Poemul medicinei, arăta calităţile psihice cerute medicului (de natură intelectivă, volitivă dar şi afectivă) cînd considera că sensibilitatea este un fel de marker al personalităţii fiecăruia:

'Deşi mi-am dat repede seama, în propriul meu mediu, că este uşor să nu fii medic rău, mi s-a părut totuşi foarte greu ca în aceleaşi împrejurări să fiu un medic cu adevărat bun. Pentru aceasta trebuie să domini în fondul şi în întreaga ei întindere toată ştiinţa. Şi chiar aceasta nu ajunge.

Hipocrate arată obligaţia transmiterii cunoştinţelor de la maestru la elev, de la părinţi la copii:

"Oricare ar vrea să stăpînească într-adevăr arta medicinei, trebuie să aibă următoarele calităţi: darul de la natură, o pregătire corespunzătoare, să ştie să-şi aleagă locul potrivit pentru studiu, să fie bine educat şi iniţiat, să aibă dragoste pentru muncă şi multă răbdare. În frunte stă talentul, toate sînt zadarnice. Sîrguinţa sa în tot timpul lung al învăţăturii trebuie să fie neostoită dacă vrea ca ştiinţa să prindă rădăcini în sufletul său şi să dea rod binecuvîntat şi bogat. Astfel, într-adevăr, este cultura plantelor ca şi învăţătura medicinei. Darul firesc este ogorul, sfaturile maeştrilor este sămînţa, instrucţia timpurie e ca şi arătura făcută la timp, locul învăţăturii este atmosfera în care se dezvoltă plantele, studiul neostoit este munca cîmpului. Iată condiţiile pentru învăţătura medicinei, cunoştinţele adînci, care trebuie cîştigate dacă vrei ca mergînd din oraş în oraş pentru a exercita medicina să fii vestit nu numai ca medic după nume ci şi ca medic după fapte".

Jurămîntul lui Hipocrate:

"Jur pe Apolo, pe Asclepios, pe Higia şi Panaceea, pe toţi zeii şi zeiţele, luîndu-i ca martori, că voi îndeplini, pe cît mă vor ajuta puterile şi priceperea, jurămîntul şi legămîntul care urmează.

Pe învăţătorul meu într-ale medicinei îl voi socoti deopotrivă cu cei care m-au adus pe lume, voi împărţi cu el averea mea şi la nevoie, îi voi îndestula trebuinţele, pe copiii săi îi voi privi ca pe nişte fraţi, şi, dacă vor dori să devină medici îi voi învăţa fără plată şi fără să le cer vreun legămînt. Preceptele, lecţiile orale şi tot restul învăţăturii le voi împărtăşi fiilor mei, fiilor învăţătorului meu şi ucenicilor uniţi într-o frăgădulală şi printr-un jurămînt, potrivit legii medicale, dar nimănui altcuiva.

Voi îndruma îngrijirea bolnavilor spre folosul lor, pe cît mă vor ajuta puterile şi mintea, şi mă voi feri să le fac orice rău şi orice nedreptate. Nu voi încredinţa nimănui otrăvuri dacă îmi va cere, şi nici nu voi îndemna la aşa ceva; tot astfel nu voi încredinţa nici unei femei leacuri care să o ajute să lepede.

Îmi voi petrece viaţa şi îmi voi îndeplini meşteşugul în nevinovăţie şi curăţenie.

Nu voi practica operaţia scoaterii pietrelor din băşica udului, lăsînd-o în seama celor care se ocupă cu aceasta. În orice casă aş intra, voi intra spre folosul bolnavilor, păzîndu-mă de orice faptă rea şi stricătoare comisă cu bună ştiinţă, mai ales de ademenire a femeilor şi a tinerilor, liberi sau sclavi.

Orice aş vedea şi aş auzi în timp ce-mi fac meseria sau chiar în afară de aceasta, nu voi vorbi despre ceea ce nu-i nici o nevoie să fie destăinuit, socotind că, în asemenea împrejurări, păstrarea tainei este o datorie.

Dacă voi respecta acest legămînt fără să-l calc, fie să mă bucur pe deplin de viaţa şi de meseria mea, pururi cinstit de ceilalţi; iar dacă-l voi nesocoti şi voi fi un sperjur, merit să am o soartă dimpotrivă."

Medicul trebuie să aibă ochi pătrunzători, auzul fin, capul lucid, spiritul critic şi o voinţă de fier şi, în aceeaşi măsură, o inimă caldă şi sensibilă, înţelegînd mizeria semenului său, o inimă plină de compasiune.

Medicul trebuie să posede un simţ moral pe care să nu-l altereze pofta de cîştig şi nici dorinţa de onoruri. El trebuie să aibă un exterior convenabil şi bune maniere. Trebuie să fie sănătos sufleteşte şi să aibă un corp sănătos. Ca şi o cămilă, el va trebui să tîrască greutatea unei ştiinţe enciclopedice şi cu toate acestea să păstreze prospeţimea unui poet. El va cunoaşte toate roţile şarlatanismului şi totuşi va rămîne un om profund cinstit".

Hipocrate apropie medicina de filosofie şi pe medic de filosof:

"Medicul filosof şi în acelaşi timp om de cultură, este asemenea zeilor. Nu este nici o deosebire între filosofie şi medicină. Tot ce există în prima există şi în a doua: abnegaţie, rezervă, pudoare, modestie, judecată, calm, curăţenie, fermitate, cunoaşterea a tot ce este trebuincios în viaţă, dobîndirea a tot ce purifică, debarasarea de superstiţii şi ca atare, superioritate divină".

Hipocrate, care trăieşte în secolul lui Pericle (an 500 î.H.), condensează toate cuceririle medicinei timpului şi cu el începe, definitiv, laicizarea medicinei. În jurămîntul său, zeii sînt luaţi doar ca martori iar responsabili de rezultatele muncii medicale nu mai sînt ei ci practicienii laici. Graţie activităţii sale practice şi teoretice, a fost considerat de Aristot "cel mai mare dintre oameni" iar Platon afirma că "Hipocrate face cît mai mulţi oameni".

Din analiza jurămîntului lui Hipocrat (primă expresie a laicizării depline a medicinei şi cu precepte general valabile pentru

Conservarea sănătății, fără îndoială, este cel dintîi bun și baza tuturor celorlalte bunătăți ale vieții. Dacă ar fi posibil de a găsi un mijloc care să facă pe oameni mai înțelepți și mai abili decît au fost, acest mijloc ar trebui căutat în medicină. Ar fi posibil să ne înlăturăm o infinitate de maladii, atît ale corpului cît și ale spiritului , dacă am avea cunoștință despre acuzele lor și dacă, am cunoaște remediile pe care ni le-a dat natura.

Descartes.

exercițiul acesteia) rezultă că medicina nu mai este apanajul sclavilor ci al unor profesioniști grupați în corporații și grupuri specifice profesiunii medicale. Atributele etico-psihologice cerute prac- ticării medicinei au făcut ca aceasta să nu mai fie considerată o meserie ci o profesiune.

Jurămîntul abandonează **răspunderea după rezultat** (de ex., dacă o fractură nu făcea calus se considera că gipsul a fost prost aplicat și deci rezultatul atrăgea automat vinovăția medicului) și adoptă **răspunderea pentru mijloace** atunci cînd afirmă că voi îngriji bolnavul atît cît mă vor ajuta puterile și priceperea. Medicul devine un slujitor al naturii, ajutînd bolnavul în lupta sa cu boala.

Jurămîntul consacră spiritul unei morale închise, de grup, și nu deschise opiniei publice, în scopul de a păzi onoarea profesiunii medicale de dificultățile sale inerente. Acest fapt se exprimă prin obligația de "a acționa uniți printr-o făgăduință și un jurămînt potrivit legii medicale și nimănui altcuiva".

Jurămîntul apără reputația medicului atunci cînd îl recomandă a fi de folos și a nu vătăma (primum non nocere), a avea teamă de eșec, a nu face nedreptăți, a nu da otrăvuri (medicul fiind primul suspect în acest caz).

Nu există astăzi nici o profesiune susceptibilă de o elevație comparabilă cu aceea a medicului. Medicul nu se poate considera ajuns la o cultură desăvîrșită decît atunci cînd pune cele mai noi metode și prin cunoștința profundă despre înlănțuirea cauzelor și efectelor, a reușit să pună un diagnostic perfect. El trebuie să aibă, în plus, putere de convingere, pentru ca, lipindu-se strîns de pacient să scoată tot ce apasă pe inima acestuia; să aibă destulă bărbăție pentru ca să gonească numai cu privirea frica, acel vierme ce roade sufletul bolnavului. Trebuie să aibă finețea diplomatului pentru a media trecerea prinosului de bucurie de la cel cu prea multă sănătate la cei care au nevoie de acest prinos. În sfîrșit, subtilitatea agentului de poliție și a avocatului pentru a înțelege toate secretele sufletești. Într-un cuvînt, un medic bun trebuie să aibă talentele tuturor celorlalte clase de profesionism, căci numai astfel este în stare să fie un binefăcător al societății, un mîntuitor fără să facă totuși minuni și fără să fie obligat să moară pe cruce.

Nietzche

Legat tot de reputația medicului, Hipocrate (în alte lucrări) analizează personalitatea medicului căruia îi cere calități specifice ca: demnitate (autoritate fără austeritate), simplicitate (modestie), pudoare (discreție), prudență, spirit de dreptate și onestitate, de exemplaritate și stăruință, de optimism (drama medicului este aceea de a se afla între suferința bolnavului și eșecul său), spirit pozitiv (al stăpînirii de sine), dezinteres material, caritate și bunăvoință (unde este iubire de oameni este și de meșteșug) și acceptarea ingratitudinii altora.

Jurămîntului lui Hipocrate relevă originea actului medical (nevoia a făcut pe om să caute și să descopere arta medicală), respectul absolut al bolnavului, respectul umanismului medical (prin exercitarea profesiunii în curățenie morală), prudență

Jurămîntul lui Maimonide:

"O Doamne, umple-mi sufletul de dragoste pentru meşteşug şi toate făpturile. Nu îngădui ca setea de cîştig şi goana după slavă să mă înrîurească la practicarea meşteşugului, căci duşmanii adevărului şi ai dragostei de oameni ar putea lesne să mă amăgească şi să mă îndepărteze de nobila îndatorire a facerii de bine pentru copiii tăi. Întăreşte-mi inima, ca să fie mereu gata să slujească pe sărac şi bogat, pe prieten şi pe duşman, pe cel bun şi pe cel rău. Fă să nu văd decît omul în cel care suferă. Fie ca mintea să-mi rămînă limpede lîngă patul bolnavului şi să nu fie abătută de nici un gînd străin, pentru ca să ţină seama de tot ceea ce experienţa şi ştiinţa au învăţat-o; căci mare şi sublimă este cercetarea ştiinţifică ce ţinteşte către păstrarea sănătăţii şi a vieţii tuturor făpturilor. Fă ca bolnavii mei să aibă încredere în mine şi-n meşteşugul meu, să urmeze sfaturile şi prescripţiile mele. Îndepărtează-i de la patul lor pe şarlatani, armata rudelor cu o mie de sfaturi şi pe îngrijitorii veşnic atotştiutori, căci ei alcătuiesc o liotă primejdioasă, care, din trufie, zădărniceşte cele mai bune intenţii ale meşteşugului şi duce adesea făpturile la moarte. Dacă neştiutorii mă vorbesc de rău şi mă batjocoresc, fă ca dragostea de meşteşug să mă facă de neatins, ca o pavăză, pentru ca să pot stărui întru adevăr, fără a ţine seama de trecerea, de renumele şi de vîrsta duşmanilor mei. Dăruieşte-mi, Doamne, îngăduinţă şi răbdare faţă de bolnavii încăpăţînaţi şi grosolani. Fă să fiu cumpătat în toate, dar nesăţios în dragostea mea pentru ştiinţă. Îndepărtează de mine gîndul că pot totul. Dă-mi puterea, voinţa şi prilejul de a-mi lărgi tot mai mult cunoştinţele. Pot să descopăr astăzi în fiinţa mea lucruri pe care ieri nu le bănuiam, căci meşteşugul este mare, iar mintea omului pătrunde mereu mai departe".

"Antrenată într-un vîrtej de descoperiri, medicina este ca și zăpăcită. Beată de analiza de noutăți, ea aspiră la un minut de sinteză. Ea ar vrea să-și poată relua respirația sub platanii din Kos. Fără să-și mărturisească îi e teamă. Ea simte că multiplicarea tehnicilor, fărîmițarea celor mai vechi tradiții o face să treacă printr-un pericol căruia nu-i va putea rezista, acela de a uita, alături de umorile sale, omul care este obiectul ei, omul întreg, din carne și din sentimente. Și din instinct ea se întreabă dacă nu trebuie să fie repus la locul cuvenit primatul observației omului de către om pentru ca să nu se prăbușească vechiul simț hipocratic în fața dictaturii aparatelor."

Leriche

profesională, secretul absolut (erga omnes).

Cerințele deontologice de respect al bolnavului pe care le pretinde Hipocrate ar fi:

'Ceea ce trebuie făcut este să se săvîrșească liniștit și abil, fără ca bolnavul să observe prea multe. Cînd este nevoie, încurajează cu vorbe bune și vesele. Gîndește-te totdeauna la bolnav. Cînd este încăpățînat fii tare, perseverent și sever cu el. Dar să știi și să-l mîngîi, cu dragoste și bunăvoință. Înainte de toate ai grijă să nu știe ce va mai urma și ce îl amenință. Mulți bolnavi, cărora li s-a comunicat în mod imprudent ceea ce îi așteaptă și amenință, au fost împinși la gesturi funeste. Bolnavul are nevoie de alinare a suferințelor sale și nu de paradă'.

Referindu-se la esența relațiilor dintre medici, Hipocrate scrie:

'Nu este nici o rușine ca un medic dezorientat în fața unei complicații la un bolnav, așa încît din lipsă de experiență să nu mai găsească nici o ieșire, să recomande

un consult cu alți medici. Medicii, în consult, să nu se certe niciodată și să nu se defăimeze'.

În situația răspunsului medical la urgențe, Hipocrate recomandă:

'Eu aș lăuda mai ales pe medicul care s-ar distinge față de alții în cazurile de boli acute sau cu mortalitate ridicată'.

În același timp, Hipocrate critică aspru pe cei care nu se pricep să se afle la conducerea luptei contra bolii, tocmai în momentele cele mai dramatice ale acesteia comparîndu-i cu comandanții nepricepuți:

'Cînd marea este calmă nimeni nu sesizează greșelile lor. Dar cînd trebuie să facă față unui vînt sau unei furtuni ignoranța lor devine evidentă. Asemenea piloți nepricepuți se pot întîlni și în medicină: cînd tratează afecțiuni benigne (și acestea sînt din fericire, cele mai frecvente care afectează ființa umană), erorile cele mai multe rămîn fără o consecință gravă și trec neobservate de profani. Dar cînd întîlnesc o afecțiune gravă și periculoasă, ignoranța lor apare în toată goliciunea sa; sancțiunea pe care o suferă bolnavul (consecință a ignoranței medicului), urmează foarte de aproape greșeala care a fost comisă'.

Hipocrate nu uită nici nevoia profesiunii de credință a medicului față de eșecurile și greșelile sale:

'Trebuie să descriu greșelile medicilor ca să-i dezvăț, în unele cazuri și să-i învăț în altele'.

Un jurămînt medical comprehensiv, elaborat sub formă de rugăciune în secolul XII, aparține lui Maimonide. El începe cu afirmarea rolului vocației pentru medicină, continuă cu nevoia de a trata în mod egal pe toți bolnavii (ceea ce mai tîrziu a

făcut pe Ambroise Paré să afirme că toţi bolnavii trebuie trataţi precum un rege), se referă la rolul cercetării ştiinţifice privind îmbunătăţirea asistenţei medicale, la coordonatele etico-psihologice bazate pe încrederea bolnavului şi conştiinţa medicului ca bază a relaţiei medic-bolnav, încheindu-se cu nevoia de contenţie a medicului în faţa ingratitudinii bolnavului şi cu nevoia conştiinţei limitelor proprii, pentru a nu expune bolnavul la riscuri prin depăşirea competenţei proprii.

Medicina scolastică a fost invadată de dogme (de ex. dogmele lui Galen), fapt ce a permis caricaturizarea procedurilor medicale de către Molière, Rabelais etc.

Renaşterea a dus la înlăturarea acestor dogme şi la progresele medicinei prin activitatea unor mari medici şi cercetători ca Ambroise Paré, Paracelsus, Vesalius etc.

În ţara noastră, N. Mavrocordat traduce aforismele lui Hipocrate considerate o adevărată biblie medicală. Despot Vodă, student ce a abandonat medicina la Montpellier dar care obţine în final titlul de medic de la Carol al V-lea (căci, atunci numai Papa şi Împăratul acordau acest titlu), umanist şi om de ştiinţă, a înfiinţat Universitatea de la Cotnari. Despot Vodă sfătuia pe vraci "să mîngîie bolnavul pînă îi iese sufletul" adăugînd astfel la preceptele etice ale medicinei vremii, asistenţa medicală a morţii.

O consacrare a spiritului medicinei hipocratice o reprezintă şi Hrisovul lui Scarlat Calimach (1813) ce se referea la obligaţia medicului în asistenţa de urgenţă:

'Ori în care ceas, noaptea sau ziua, sau din partea boierilor sau a clirosului bisericesc sau din partea celui mai de jos sărac şi străin vor fi chemaţi, să nu îndrăznească vreunul

a pune pricinuire de îngreuiere sau a prelungi mergerea pe a doua zi, din care să se primejduiască viața oamenilor: ce, sau cu a lor trăsură, sau pe jos, să alerge spre ajutorul celui ce pătimește, în vremea cînd se pedepsește de boală și se primejduiește, căci într-alt chip dacă, fără binecuvîntată trupească neputință, oricare din doftori, fără mustrare de cuget pentru înfricoșatul răspuns ce are a da înaintea Văzătorului a toate, Dumnezeu, cu nesfială va călca acest așezămînt, făcîndu-se aceasta cunoscută la stăpînire, se va scoate din numărul doftorilor, și tocmeala lui se va strica, și el întru nimica se va socoti'.

În spiritul aceloraşi cerinţe, contractul medical de angajare de la Iaşi (din 1800) impunea:

'Eu, subsemnatul....consimt să fiu medicul orașului Iași și mă oblig să vin în toate casele unde sînt bolnavi în diferite stări, la cerere, ziua și noaptea, fără nici o vorbă. În orice timp și la orice bolnav, la cerere, va trebui să plec și cu orice chip să mă străduiesc pentru ușurarea bolnavului și după posibilitatea mea, pentru restabilirea sănătății lui și pentru aceasta nu trebuie să cer de la bolnav nici o plată, ci să mă mulțumesc cu ceea ce vor binevoi să mă răsplătească suferinzii pentru serviciu iar față de cei care nu vor fi în stare să mă răsplătească, deopotrivă, mă oblig să-i cercetez, cheltuind chiar în folosul bolnavului'.

Codurile de deontologie medicală şi jurămintele medicale s-au îmbogăţit apoi graţie unor pertinente reflecţii filosofice şi etice despre medici şi medicină.

Sînt cunoscute cele zece cerinţe (Decalogul) ale personalului sanitar elaborate de Masci, al cerinţelor medicinei, în care se intrică spiritul

etotehnic cu atributele de personalitate a medicului:

1. Onorează pe bolnavul tău de orice vîrstă ar fi: copil, tînăr sau bătrîn. Cînd a ajuns în mîinile tale, este o ființă fără apărare care nu are altă armă de susținere decît apelînd la știința și caritatea ta.

2. Dă aceeași stimă și atenție săracului ca și bogatului. În dragostea de oameni săracul să se simtă bogat. Respectă nuditatea maladiei, spectacolul mizeriei și al suferinței.

3. Respectă nobila ta misiune, începînd cu însăși persoana ta. Să nu o profanezi. Poartă-te demn, conștiincios, cu omenie. Nu specula pe bolnav, căci profesiunea ta nu e ca oricare alta. Sacrificiul tău, ajutorul tău pot fi prețuite ca o meserie obișnuită.

4. Oboseala ta să fie luminată de credință și de dragoste. Atunci cînd știința nu mai poate face nimic, bunătatea ta, purtarea ta, să susțină pe bolnav. Învinge greutățile inerente profesiunii tale, stăpînește supărarea și nerăbdarea ta, gîndește-te că cel suferind este dezarmat, fără putere și are nevoie de ajutorul și îngrijirea ta.

5. Să nu umilești niciodată pe bolnav, care și așa e umilit de boala lui. Oricare ar fi boala să nu pronunți cuvîntul deznădejdii. Să nu distrugi la nici un bolnav iluzia vindecării, chiar dacă ar fi vorba de un muribund. Sînt oameni care au nevoie să-i întovărășești pînă la ultima lor clipă, pentru a nu-i lăsa să ghicească sfîrșitul.

6. Să nu uiți niciodată că secretul ce ți se încredințează în ceea ce privește o maladie este ceva sfînt, care nu poate fi trădat sau destăinuit altei persoane. Profesiunea ta este un sacerdoțiu.

Nu trebuie să faci nici o deosebire de castă socială, de credință religioasă. Înaintea ta toți să fie tratați deopotrivă căci toți oamenii sînt tratați deopotrivă de legile firii.

7. Să nu vezi în îngrijirea bolnavilor tăi o povară, o corvoadă. Acest sentiment ar îngreuia exercițiul meseriei tale. Învață să cunoști bolnavii tăi și să-i înțelegi în felul lor de a cere ceva, cînd au nevoie de ajutorul tău, cînd au nevoie de somn, de odihnă, de mîncare etc. Defectele, pretențiile, toanele bolnavilor sînt datorate suferinței. La fel ai fi și tu cînd ai fi bolnav.

8. Niciodată, față de bolnav, să nu te arăți neîncrezător în reușita tratamentului. Menține-i speranța, credința. Fă ca bolnavul să nu se simtă singur, izolat. Dacă a suferi e greu, a suferi singur e incomparabil mai greu. Poartă-te astfel, ca bolnavul să fie sigur că are în tine un sprijin. Dă-i curaj cînd îl vezi trist, amărît, disperat.

9. Nu ajunge numai bunăvoința, ci se cere și știință în îngrijirea bolnavilor. Zilnic, se descoperă noi mijloace pentru alinarea suferințelor. Nu te mulțumi și nu te mărgini numai la științele și cunoștințele ce le-ai dobîndit în școală. Împrospătează-le mereu. Învață mereu. Citește mereu cărți și reviste medicale.

10. Nu discuta și nu contrazice niciodată prescripțiile medicale în fața bolnavului. Îi răpești încrederea în medicină, îi distrugi speranța în vindecare."

Ca o consecință a deturnării practicii medicale de la mesajele ei prin activitatea medicilor naziști (legea eutanasiei promulgată de Hitler, experimentele pe om din lagărele de concentrare), Asociația Medicală Mondială a reactualizat

(Geneva, 1948) principiile Jurământului lui Hipocrate. Jurământul din 1948 reafirmă respectul absolut al fiinţei umane, al vieţii şi sănătăţii omului, bazele etice ale relaţiei medic-bolnav şi rolul personalităţii medicului în asigurarea prestigiului medicinei:

'În clipa în care sînt admis printre membrii profesiunii medicale îmi iau angajamentul solemn de a-mi consacra viaţa în serviciul Umanităţii. Voi păstra maeştrilor mei respectul şi recunoştinţa care li se cuvin. Îmi voi exercita meşteşugul cu conştiinţă şi demnitate. Voi considera sănătatea pacientului drept prima mea grijă. Voi respecta secretul celui care mi-l va încredinţa. Voi susţine din toate puterile onoarea şi nobilele tradiţii ale profesiunii medicale. Colegii îmi vor fi fraţi. Nu voi îngădui ca diverse considerente de religie, de naţiune, de rasă, de partid sau de clasă socială să se interpună între datoria mea şi pacientul meu. Voi arăta un respect absolut faţă de viaţa omenească, încă de la concepţie. Nici sub ameninţare nu voi îngădui să se folosească cunoştinţele sale medicale împotriva legilor umanităţii. Fac aceste făgăduieli solemn, liber, pe cuvînt de onoare.'

Acest jurământ a fost apoi completat cu prevederile Asociaţiei Medicale Mondiale de la Londra (1949), de la Sydney (1968) şi de la Veneţia (1983) şi structurat într-un **Cod internaţional al eticii medicale**, ce cuprinde datorii medicale generale, datorii faţă de bolnav şi faţă de confraţi:

- Medicul va respecta întotdeauna cel mai înalt standard de comportare profesională.
- Medicul nu va îngădui unor motivaţii de profit să influenţeze exercitarea liberă şi in-

dependentă a judecății profesionale în numele pacienților.

- Medicul se va dedica, în toate tipurile de practică medicală, acordării unor servicii medicale competente în deplină independență morală și tehnică, cu compasiune și respect pentru demnitatea umană.
- Medicul se va comporta cinstit cu pacienții și colegii și se va strădui să-i demaște pe medicii lipsiți de caracter sau competență sau care se angajează în fraudă sau înșelăciune.
- Următoarele practici sînt socotite drept comportare contrară eticii:
  - » Reclama în folos propriu făcută de medic, cu excepția cazului cînd este permisă de legile țării și de Codul de etică a Asociației medicale naționale.
  - » Plata sau primirea de bani sau orice altă formă de mită în scopul unic de a-și asigura trimiterea unui pacient, de a prescrie ceva sau de a da o trimitere unui pacient.
- Medicul va respecta drepturile pacienților, ale colegilor și ale personalului medico-sanitar de alte categorii și va respecta confidențele pacientului.
- Medicul va acționa numai în interesul pacientului atunci cînd acordă îngrijiri medicale ce ar putea avea drept efect slăbirea condiției fizice și psihice a pacientului.

- Medicul se va comporta cu maximă prudenţă în divulgarea descoperirilor, noilor tehnici sau tratamentului, prin canale profesionale.
- Medicul va certifica numai ceea ce a verificat personal.

Îndatoririle medicilor faţă de bolnavi:

- Medicul va trebui să aibă permanent în gînd obligaţia de a păstra viaţa omului.
- Medicul datorează pacienţilor săi loialitate deplină şi toate resursele ştiinţei sale. Ori de cîte ori un examen sau tratament depăşeşte capacitatea medicului, el trebuie să cheme un alt medic care să aibă aptitudinile necesare.
- Medicul va păstra secretul absolut asupra celor cunoscute în legătură cu pacientul său, chiar şi după moartea acestuia.
- Medicul va acorda asistenţa de urgenţă ca datorie umanitară, cu excepţia cazului cînd este sigur că alţi medici doresc şi sînt capabili să acorde astfel de asistenţă.

Îndatoririle medicilor unul faţă de altul:

- Medicul se va comporta faţă de colegii săi aşa cum ar dori să se comporte ei faţă de el.
- Medicul nu va atrage pacienţii trataţi de colegii săi.
- Medicul va respecta principiile "Declaraţiei de la Geneva" aprobată de Asociaţia Medicală Mondială.

Acest cod este în deplină consonanţă cu **Carta medicală europeană** care afirmă că:

'Orice om are dreptul de a obţine de la instituţiile sociale şi de la organismele medicale, ajutorul ce îi este necesar pentru a prezerva, dezvolta şi recăpăta sănătatea' şi care pune bazele contractului medical 'bolnavul nu este un client ci un titualr al unui drept la sănătate'.

Consiliul parlamentar european a elaborat **Declaraţia bolnavilor** ce stipulează dreptul bolnavului:

1. De a fi informat complet asupra naturii bolii, tratamentului etc.

2. De a fi pregătit psihologic pentru momentul morţii.

3. De a nu trăi în izolare.

4. De a nu suferi.

5. De a face ca voinţa bolnavului şi a familiei sale să fie asigurate.

6. De a uşura trecerea spre infinit prin uşurarea morţii.

7. De a afirma că garanţia libertăţii bolnavului rezidă în independenţa medicului.

În epoca diversificării şi fragmentării medicinei actuale în multiple specialităţi, cu riscul ignorării bolnavului ca întreg şi a îndepărtării de psihicul său, curentele neohipocratice estimează că redarea sensurilor profund umane ale medicinei nu poate veni decît de la deontologia şi psihologia medicală.Un astfel de recurs evită "ca un bolnav să moară între doi specialişti, fără ca cineva să se

intereseze de ecoul subiectiv al suferinței sale somatice".

Aceste curente nu neglijează nici cerințele pregătirii viitorului medic în vederea asigurării respectării coordonatelor deontologice ale actului medical. Littré scotea în evidență calitățile de ordin psihologic necesare formării viitoarei personalități medicale. Hamburger dădea studenților sfaturi asemănătoare:

"Medicina este profesiunea care solicită reuniunea a nemăsurat de multe cerințe fizice, intelectuale și morale la aceeași persoană, a o putea exercita rezultă datoria primordială a dezvoltării lor permanente privind:

- calitățile fizice, rezistența fizică, întreținerea unei bune stări de sănătate;
- calități psihice: simțurile necesare investigației diagnosticului, memoriei, motivație pentru munca intelectuală, simț de observație, rezistență la situații de stress;
- calitățile morale: omenie, tact, discreție, onestitate, conștiinciozitate, fermitate, blîndețe, sensibilitate, răbdare, dăruire, sacrificiu pentru viața oamenilor."

Între regulile statutului deontologic al studenților în medicină, Hamburger include:

- "Nu se vor rosti în fața bolnavului acele cuvinte care vehiculează motive de îngrijorare și ar putea constitui sursa unor idei anxioase.
- Obligația de a furniza bolnavului, cu răbdare și tact, explicațiile pe care le dorește despre starea sa sau despre tratamentul pe care îl așteaptă.
- Bolnavul nu trebuie să se simtă un anonim, deposedat de personalitatea sa.

- În ceea ce privește confortul din spital, lupta trebuie dusă împotriva a trei mari rele, de care trebuie ferit pacientul: zgomotul, așteptarea inutilă a pacienților și contaminarea bacteriologică (infecțiile intraspitalicești)."

Toate preceptele de deontologie medicală sînt condensate în coduri de comportament etic printre care se pot reține:

Codul de deontologie francez cu 90 articole printre care:

- "Profesiunea medicală este în serviciul omului pentru asigurarea sănătății, tratarea bolilor, alinarea suferințelor. Medicul, în condițiile respectului persoanei umane va îngriji egal, indiferent de sentimentele ce i le inspiră bolnavul.
- Dreptul bolnavului la libera alegere a medicului.
- Respectul voinței bolnavului în măsura posibilului.
- Medicul va respecta independența sa profesională.
- Medicul este responsabil pentru actele sale.
- În afara situațiilor excepționale, va îngriji singur.
- Nu va supune bolnavul la riscuri nejustificate, la experimente pe om.
- Medicina nu se va practica ca un comerț (reclamă, publicitate, firme).
- Onorariul va fi corespunzător actului.
- Sînt interzise actele ce produc avantaje nejustificate sau ilicite bolnavului (șarla-

tanie), aplicarea unui tratament neverificat etc.

- Medicul se va abține de la desconsiderarea medicinei.
- Nu va exercita alte profesii incompatibile cu demnitatea profesională.
- Va respecta personalitatea bolnavului (consimțământ, secret).
- În afara urgențelor, poate refuza îngrijirea pentru rațiuni profesionale sau personale.
- Nu va abandona bolnavul pentru motiv de pericol public, grevă etc.
- Medicii își datorează asistență morală (interzicerea calomniei etc.).
- Retragerea dreptului de practică este reglementat prin Cod."

Codul deontologic polonez prevede:

- "Societatea dă medicului drept de decizie în probleme de sănătate și boală. De aici decurg datoriile sale. Decizia medicului poate influența sănătatea sau pune în pericol viața bolnavului.
- Tactul și discreția medicului exprimă respectul pentru personalitatea bolnavului.
- Medicul este obligat a-și ridica nivelul tehnic, cultural, uman (spiritual).
- El va fi un exemplu uman și profesional.

Datorii față de bolnav:

- Medicul are libera alegere a mijloacelor terapeutice (de respingere a celor nocive).

- El se va baza pe cunoştinţele sale verificate.
- Va ţine cont că vindecarea depinde şi de încrederea bolnavului în medic.
- Comportamentul său faţă de bolnav decurge din dorinţa de a influenţa suferinţa, nu din profit.
- Medicul va trata bolile pentru care are cunoştinţă, cu excepţia urgenţelor.
- El are obligativitatea interconsultului.
- Se prevede dreptul bolnavului de a-şi alege medicul ca şi asistenţa morală a morţii.
- Consimţământul, secretul etc. vizează binele bolnavului.
- În cazul comportamentului necultural al familiei, bolnavului etc., medicul nu va întrerupe tratamentul.
- El nu va denigra medicina şi confraţii. Corectitudinea certificatului medical angajează răspunderea şi beneficiile.
- În tratamentele noi e obligat a evalua riscurile."

Codul deontologic elaborat de Academia de medicină din Elveţia prevede necesitatea:

- "Respectării voinţei bolnavului pentru tratament, dacă are discernământ;
- Dacă nu are discernământ, decizia aparţine medicului.
- În boli ireversibile ce compromit ulterior o viaţă relaţională conştientă, medicul va calma suferinţa dar nu este obligat a utiliza

toate resursele terapeutice pentru prelungirea vieții. El va asista însă bolnavul cu umanitate (asistența muribundului este o datorie a medicului) pentru ca bolnavul să moară demn.

- Efortul principal al medicului este însă de a prezerva viața, de unde datoria de garanție a medicului (violarea acestei datorii antrenează responsabilitatea medicului = voluntas aegroti suprema lex est).
- Prelungirea artificială a vieții se face cu consimțământul familiei."

Codurile de deontologie din țările asiatice cuprind prevederi similare:

'În profesiunea de medic, voi fi fidel preceptelor moralei și onoarei profesionale. Voi da bolnavilor, bogați sau săraci, îngrijiri devotate și conștiincioase și în acest scop voi perfecționa cunoștințele mele după progresul științei și practicii medicale. Consider că e o gravă încălcare etică aceea de a fugi de un pericol profesional. Voi păstra inviolabilitatea secretului profesional. Voi utiliza toată influența mea pentru a combate teoriile și practicile medicale inadecvate. Viața fiind un bun sacru, eu o voi trata cu respect suveran la toți bolnavii. În particular, voi avea grijă de a promova sănătatea mamei și copilului. Îmi voi face o datorie de a avertiza sau a face să previn de pericole un bolnav grav. Nu voi cere onorarii deasupra condiției sale și îmi voi face un punct de onoare de a da totdeauna o parte din timpul meu gratuit, săracilor. Îmi voi face o onoare de a nu primi nimic ce nu reprezintă o justă retribuire a unui act profesional'.

Codurile de deontologie a ţărilor de limbă engleză conţin prevederi detaliate privind relaţiile medicului cu familia bolnavului, mai ales ale medicului de medicină generală.

Codul deontologic din România (ce se cere îmbunătăţit) prevede îndatoriri comune medicului şi farmacistului, îndatoriri specifice profesiunii de medic (de a acorda asistenţă de urgenţă indiferent de specialitate, de a oferi ajutorul medical din proprie iniţiativă în caz de calamităţi, de a nu prejudicia interesele bolnavului, de a evita facilitarea de toxicomanii, de a elabora documente medicale reale, a da îngrijiri nepărtinitoare, a trata numai după explorări şi diagnostice certe, a urmări evoluţia bolnavului, a evita eutanasia, a nu influenţa negativ personalitatea bolnavului prin actele medicale, a obţine consimţământul bolnavului la explorări, tratament, într-o ordine firească, de la bolnav, familie etc., a avea o atitudine de neutralitate faţă de bolnav şi familie, a recurge la interconsult chiar din proprie iniţiativă etc.) şi îndatoriri specifice profesiunii de farmacist (de a da prioritate urgenţelor, de a sesiza prescripţiile incorecte etc.).

În final, trebuie să subliniem că esenţa tuturor acestor coduri deontologice face apel la competenţa şi conştiinţa medicului, în deplin acord cu preceptele hipocratice general valabile.

BCU IAŞI

DECLARATII DE BIOETICA MAI IMPORTANTE

1947 - Nuremberg: Declarația privind experimentele pe om.

1948 - Geneva: Jurământul AMM

1949 - Londra; 1968 - Sidney, 1983 - Veneția: Elaborarea codului internațional de etică medicală.

1949 - Paris: problemele eutanasiei (Academia Franceză)

1953 - București: Decr. 212 privind responsabilitatea medicală.

1964 - Helsinki: Declarația experimentelor pe om.

1968 - Sidney: Diagnosticul de moarte.

1970 - Haye: Grefele de organe

1970 - 1975 - Oslo: Avortul terapeutic.

1970 - Teheran: Jurământul medicilor islamici.

1971 - București: Indatoririle etice ale personalului medico-farmaceutic.

1975 - Tokyo: Medicii și tortura.

1975 - Tokyo: Cercetările științifice pe om.

1975 - Strasbourg (Cond.Parlam.Europ.): Drepturile bolnavului.

1975 - Hawai: Etică și psihiatrie.

1979 - Paris: Decretul de aprobare a codului deontologic francez.

1980 - Paris: Proiectul legii asigurării pentru riscul medical.

1980 - Berna: Proiect lege asigurare pentru riscul medical în Elveția.

1980 - Washington: Responsabilitatea spitalului ca persoană juridică.

1981 - Manila: cercetările pe om.

1981 - Islanda: Medicii și tortura (propus de OMS, adoptat de ONU).

1983 - Hawai: Medicii și conflictele armate.

1990 - Inuyama: Etică și genetică.

1992 - Oslo: Consf. de bioetică a țărilor nordice cu țările postsocialiste.

ELEMENTE EVOLUTIVE ALE DREPTULUI MEDICAL

Responsabilitatea morală împreună cu cea juridică conjugă omul cu faptele sale. Cu cît o profesiune se îndepărtează mai mult de la caracterul său artizanal, de meserie, cu atît responsabilitatea sa devine mai complexă şi mai semnificativă. Medicina a evoluat de la maeutică la normativitate, de la empirism la logică medicală iar răspunderea juridică a evoluat de la răspunderea mitică, de nerespectare a cărţilor sfinte, la răspunderea bazată pe greşeala evaluată ştiinţific.

În practica medicală există multiple categorii de norme a căror nerespectare poate duce la o incriminare a răspunderii pentru: încălcarea normelor etice (*răspundere . morală*), încălcarea normelor disciplinare (*răspundere administrativă*), încălcarea normelor contractuale (*răspundere contractuală* bazată pe un contract sinalagmatic, oneros şi intuitu personae) şi încălcarea normelor penale (*răspundere penală*).

Se discută mult oportunitatea normelor juridice în activitatea medicală, invocîndu-se caducitatea lor atît timp cît medicul, prin activitatea sa şi prin mesajele medicinei, nu vrea decît binele bolnavului. Şi totuşi, în toată lumea, responsabilitatea juridică medicală se impune ca o necesitate din următoarele raţiuni:

Art. 215 - Dacă medicul l-a tratat cu sula de bronz pe un om pentru o rană grea şi l-a vindecat pe omul acesta sau i-a scos omului *albeaţa cu sula de bronz şi a vindecat omului ochiul, el va primi zece sicli de argint.

Art. 216 - Dacă bolnavul are cumva un muşkenu, el va primi cinci sicli de argint.

Art. 217 - Dacă bolnavul este sclav al unui om liber, stăpînul sclavului îi va da medicului doi sicli de argint...

Art. 221 - Dacă medicul a vindecat osul rupt al unui om liber sau i-a însănătoşit măruntaiele betege, bolnavul îi va da medicului 5 sicli de argint.

Art. 222 - Dacă bolnavul este (fiu de) muşkenu, îi va da trei sicli de argint.

Art. 223 - Dacă bolnavul este cumva sclav al unui om liber, stăpînul sclavului îi va da medicului doi sicli de argint.

Art. 218 - Dacă medicul a tratat cu sula de bronz un om liber pentru o rană grea şi i-a pricinuit acestui om moartea sau i-a scos omului albeaţa cu sula de bronz şi i-a vătămat ochiul, i se va tăia mîinile.

Art. 219 - Dacă medicul a tratat cu sula de bronz o rană grea sclavului unui muşkenu şi i-a pricinuit moartea, îi va da un alt sclav în loc.

Art 220 - Dacă i-a scos cu sula de bronz albeaţa şi i-a vătămat ochiul, va plăti în argint jumătate din preţul sclavului.

Codul lui Hamurabi.

- medicina este o activitate socială ca oricare alte activități și nu poate exonera de la o astfel de reglementare;
- societatea acordă populației un drept constituțional la asigurarea sănătății, care, în cazul prejudicierii sale, aduce, sine qua non, nevoia stabilirii unei răspunderi;
- ca și alte activități, mai ales medicina are efecte umane și sociale inevitabile, ce nu pot scăpa unei evaluări juridice de responsabilitate;
- uneori, mesajele medicinei au fost deturnate împotriva sensului lor, fapt ce a făcut ca medicul să devină un infractor care, slujindu-se cu abilitate de tehnicile profesionale, este un infractor mai periculos decît cel de drept comun.

Evoluția responsabilității medicale s-a făcut de la incriminarea activității medicale, pentru rezultatul său, la incriminarea acesteia pentru mijloacele puse la dispoziție în scopul vindecării bolnavului. Astfel, în Codul lui Hamurabi, incriminarea judiciară includea și eșecurile medicale prin pedepsirea neobținerii unor rezultate, după legea talionului:

În virtutea unor astfel de principii neștiințifice, medicul Glanaus a fost răstignit de Alexandru cel Mare pentru că nu a putut salva moartea unui demnitar datorită dificultăților obiective de răspuns la urgența medicală. La noi, pentru că fiica lui Ghica

Încă din antichitate, dificultățile de stabilire a legăturii cauzale dintre un act medical și moarte l-au făcut pe Pliniu cel Bătrîn să afirme că "medicii sînt singurii ce pot face omoruri fără a fi pedepsiți" iar pe Hipocrate că "viața este scurtă, arta lungă, ocazia fugitivă, experiența nesigură și judecata dificilă".

Vodă nu a putut fi salvată de o peritonită, medicul pentru a scăpa de pedeapsa capitală s-a refugiat peste hotare.

În Roma antică, lex Aquilia se ocupa în mod special de responsabilitatea medicală. Dacă respecta preceptele cărților sfinte, medicul era imun sub aspect juridic indiferent de rezultatul muncii sale și, dimpotrivă, era totdeauna pedepsit dacă încălca o lege imuabilă, chiar dacă a obținut un rezultat favorabil. De aceea, medicina era practicată îndeosebi de sclavi care, în caz de omor, erau primii suspectați iar pedeapsa cu moartea era prevăzută pentru incompetență, refuz la chemare etc. Lex Pompeia pedepsea pe medicii deținători de otravă iar lex Scantinia îi pedepsea sever în cazul administrării de afrodisiace, a întreruperii sarcinii etc.

Responsabilitatea juridică medicală a evoluat de la *răspunderea pentru intenția de a face rău* prin intermediul actului medical, la *răspunderea pentru greșeală* care domină azi responsabilitatea juridică în acest domeniu.

Răspunderea juridică a evoluat de la o *răspundere subiectivă* (prin intenția sau vinovăția unui fapt, stabilită ca relație directă între o poziție subiectivă și efectele unui fapt medical) la o *răspundere obiectivă* (în care cine își asumă riscurile, își asumă și răspunderea efectelor nedorite).

Răspunderea juridică medicală a evoluat de la o *răspundere individuală* către alta *de echipă*, marele probleme medicale rezolvîndu-se astăzi, cu precădere, prin munca de echipă.

În sfîrșit, astăzi tendința este ca această răspundere juridică să evolueze de la *răspunderea pentru ceea ce ai făcut rău*, la

Sydenham considera că medicul iese din afara răspunderii juridice dacă s-a comportat față de bolnav așa cum el ar dori ca medicul să se comporte față de el dacă ar fi bolnav.

răspunderea pentru ceea ce nu ai făcut, pentru abstenția care a pus în pericol viața bolnavului prin privarea sa de șansele adecvate de diagnostic și tratament. Așa se întîmplă în refuzul de a da ajutor unei persoane în pericol, de a depune o mărturie pentru salvarea unui inocentetc.

În decursul timpului, în responsabilitatea juridică a medicului s-au emis mai multe teorii:

Teoria imunității medicale - consideră că medicul este imun ori de cîte ori respectă prescripțiile cărților medicale (imunitatea să fie justificată ca o necesitate a progresului medical). În această teorie, diploma prezumă competența medicului deoarece ea nu poate fi compatibilă cu ideea de a face rău. Dar, în realitate, diploma nu poate constitui un brevet de imunitate iar medicul nu poate avea o poziție privilegiată în societate. Teoria imunității ar introduce nesiguranță într-un domeniu atît de important cum este viața și sănătatea omului, de aceea deciziile medicului în domeniu sînt incompatibile cu ideea de imunitate. Această imunitate ar discredita pe medic, căruia nu i s-ar recunoaște o

Kant invoca un principiu al imperativului categoric, după care comportarea medicului ar trebui să fie un model de comportare pentru restul oamenilor, pentru a ieși din afara preocupărilor juridice.

responsabilitate pe care şi-o asumă şi pe care de fapt o trăieşte. O astfel de teorie este, de fapt, o rămăşiţă a medicinei sacerdotale care acorda imunitate zeilor şi preoţilor vindecători. Ea nu mai poate fi compatibilă azi cu medicina ştiinţifică din care decurge şi onoarea asumării răspunderii pentru desfăşurarea actelor medicale.

Teoria rigoristă - prezumă că ori de cîte ori medicul nu obţine un rezultat, el este vinovat de acest fapt. Lucrînd cu viaţa şi sănătatea omului, răspunderea medicului trebuie să fie mai drastică. Această responsabilitate excesivă are ca efect dezafectarea raportului medic-bolnav prin amputarea iniţiativei medicului în interesul bolnavului şi prin depersonalizarea actului medical, cînd, datorită temerii exagerate, medicul ar fi determinat la a se abţine de a face tot ceea ce este necesar în interesul bolnavului (iatrogenie juridică). Justiţia trebuie să fie un catalizator al dezvoltării medicinei şi nu un obstacol în calea sa. A spune bolnavului că "te vei vindeca" nu înseamnă a promite un rezultat ci este o necesitate psihologică iar nevoia acceptării riscurilor în interesul bolnavului se opune acestei concepţii rigide, rigoriste. Teoria rigoristă a dus la o responsabilitate şi incriminare obiectivă, după rezultatul produs, indiferent de vinovăţia autorului (ca în accidentele de trafic).

Astăzi, dificultăţile stabilirii greşelii duc din nou la o responsabilitate obiectivă, după rezultatul actului întreprins. Tendinţa introducerii unor obligaţii de securitate în practica medicală nu este, însă, altceva decît stabilirea unor obligaţii deghizate de rezultat. Asigurările sociale s-au impus ca o soluţie de conciliere a acestor dificultăţi. Asigurarea, ca obligaţie de securitate adusă de civilizaţie, absoarbe atît greşeala cît şi eroarea medicului. Este un aspect al unei reparaţii

Aristotel definea prudența ca o alegere atentă și înțeleaptă a mijloacelor, în lumina principiilor și în împrejurările situației reale, cu scopul de a obține rezultatul cel mai bun posibil.

obiective, colective, ce depășește pe cea individuală, al unei asigurări față de riscurile pe care le aduce medicina și față de prejudiciile eventuale de care societatea răspunde solidar. Nu se include în riscul asigurabil, riscul rezultat din boală, din caz fortuit, forță majoră sau din greșeala medicului. Este un aspect al *responsabilității de grup*, care înlocuiește dificultatea partajării răspunderii și evită depersonalizarea relației medic-bolnav precum și creșterea spețelor medicale. Asigurările ar permite inițiativa medicului, acceptarea riscurilor, ar evita dualitatea evaluării între risc și eroare, între greșeala civilă și greșeala penală, ar absorbi greșeala victimei, a unei terțe persoane sau a instituției și ar satisface ideea de echitate, atît pentru medic cît și pentru bolnav. Acceptarea asigurărilor ar determina evoluția societății civilizate spre securitate și reparare.

Euripide spunea că prevederea este adevăratul curaj iar realizarea supremă a rațiunii este de a fi conștientă că există o limită a rațiunii.

Se aduc și argumente negative împotriva asigurărilor, printre care:

- depersonalizarea relației medic-bolnav;
- declinul responsabilității prin influența negativă a conștiinței medicului;
- evitarea prudenței și diligenței cu creșterea cazurilor de neglijență;

- comercializarea suferinței umane și a demnității omului ce nu se pot evalua în bani.

Asigurările fac să alunece responsabilitatea medicului spre o obligație de rezultat, spre o responsabilitate obiectivă.

Față de aceste dispute, se caută criterii de responsabilitate între imunitatea medicului și obligația sa de rezultat. Veritabila responsabilitate medicală este cea morală iar în medicină, cînd este vorba de interesul bolnavului, cea mai autentică justiție este cea profilactică și nu represivă. Se accentuează astfel rolul dreptului medical în afirmarea ideii de responsabilitate medicală modernă și în susținerea socializării sale, căci, complexitatea situației medicale nu trebuie să ducă la dezarmarea medicului ci dimpotrivă, la întărirea răspunderii sale.

Teoria rigoristă a căzut în desuetudine (ca răspundere bazată pe rezultat) odată cu activitatea chirurgului și medicului legist Ambroise Paré care, la 1560, a lansat principiul "medicus curat, natura sanat". Dezafectarea și depersonalizarea raportului medic-bolnav, amputarea inițiativei medicului prin crearea a ceea ce s-a numit iatrogenie juridică (creșterea frecvenței speței judiciare de responsabilitate medicală) ca efecte negative ale acestei doctrine nu au înlăturat definitiv răspunderea după rezultat.Într-o epocă a științei medicale cu un caracter din ce în ce mai pozitiv, conferit de tehnică, răspunderea pentru rezultat se extinde de la chirurgia estetică la responsabilitatea pentru o transfuzie, pentru rezultatele unei analize, a unei biopsii, a confecționării unei proteze etc. De aici tendința medicilor de acoperire a activității lor cu cît mai multe acte justificative și chiar de

protest "prin încrucişarea mîinilor şi lăsarea morţii să vină".

Astăzi, se impune ideea responsabilităţii medicului bazată pe greşeală. Platon spunea că medicul ce cauzează moartea cuiva, chiar în mod involuntar, trebuie pedepsit, iar Aristotel afirma că neputinţa trebuie pedepsită dacă noi înşine sîntem vinovaţi de ea.

În legislaţiile vechi se pedepsea "neutilizarea raţională a grijii faţă de bolnav", după principiul "non intellegere quad omnes intelegunt". De asemenea, prin principiul "res ipsa locuitur", se afirma începutul unei probe de neglijenţă în virtutea căreia greşeala era virtuală şi raritatea accidentului pleda pentru existenţa sa. Nesupravegherea bolnavului, intervenţia în stare de ebrietate, uitarea de comprese în abdomen etc., conform acestui principiu, "vorbeau de la sine" despre greşeala medicului.

Responsabilitatea bazată pe greşeală se impune ca un progres al societăţii moderne în domeniul dreptului, progres care determină la exercitarea cu competenţă şi prudenţă a obligaţiilor profesionale. Greşeala este definită ca o anomalie de conduită pe care un alt medic, normal avizat cu îndatoririle sale profesionale şi în aceleaşi condiţii de lucru, nu ar fi făcut-o. Greşeala este deci o încălcare a îndatoririlor profesionale şi se stabileşte prin comparaţie cu modul de acţiune al unui medic bun, plasat în aceleaşi condiţii de lucru (bonus pater familias). Încălcarea acestei norme de conduită trebuie să fie precisă, obiectivă şi obiectivabilă, în raport de o conduită model şi de situaţia dată (diligentisimus pater familias), precum şi în raport de prudenţa şi diligenţa normală a unui medic (constantisimus homo).

Criteriul de referință al greșelei devine conduita unui om avizat și prudent, al acțiunii conforme normelor profesionale în raport de cazul concret și nu abstract al interesului și inițiativei umane pentru bolnav. De aici și clasificarea greșelilor medicale în greșeli tehnice, de mijloace, de rezultat etc.

Criteriile juridice privind stabilirea unei greșeli medicale obligă deci a prezuma culpa iar medicul are obligația să dovedească contrariul și anume, că nu a făcut o eroare de conduită pe care și un alt medic, prudent și diligent, aflat în aceleași circumstanțe de lucru, nu ar fi făcut-o. Juridic, responsabilitatea bazată pe greșeală obligă la întrunirea condiției celor patru D și anume:

- a existenței unei Datorii;
- a încălcării acestei Datorii;
- a Demonstrării unei relații cauzale între acțiunea medicului și prejudiciul creat;
- a Demonstrării existenței unui prejudiciu.

În acest fel, s-a consacrat principiul lui Loeffler după care greșeala medicului implică un fapt medical ilicit (ce atestă o îndepărtare de la conduita adoptată de un alt medic în aceleași circumstanțe), existența unui prejudiciu, a unei greșeli medicale și a unei legături cauzale între ele.

În concluzie, greșeala medicală se poate defini ca o încălcare a regulilor de comportament profesional, în raport de cazul dat și de conduita unui alt medic într-o situație similară. Greșeala obligă la a înlătura orice alte cauze aparente de imputabilitate, cum ar fi cazurile nenorocite, erorile de fapt, riscurile neimputabile etc., după principiul că greșeala începe acolo unde încetează disputele științifice iar medicul, dacă a avut mai

Elemente de diferențiere a erorii de greșeala medicală

Eroarea	Greșeala
Erorile sînt de domeniul cunoașterii.	Greșeala e de domeniul corectitudinii medicale.
Este deseori inevitabilă deoarece ține de natura lucrurilor.	Este evitabilă deoarece ține de conduita medicului.
Este de regulă imprevizibilă în condiții de comportament medical competent și prudent.	Este, de regulă, previzibilă cînd lipsește comportamentul medical competent și prudent.
Poate fi comisă de orice persoană plasată în aceleași condiții de lucru.	Este comisă numai de cel care, în aceleași condiții de lucru, nu respectă regulile de comportament profesional.
Progresul tehnic poate crește riscul erorilor dar pe care le face și mai vizibile.	Indiferent de progresul tehnic, se datoresc informării insuficiente, încălcării consimțămîntului, nesupravegherii bolnavului, greșelilor de diagnostic, prognostic sau de tehnică medicală.
Erorile obligă la a face priza lor ca și priza riscurilor (îndrăzneala a fost premisa unor mari succese).	Priza greșelii obligă la profesiune de credință pentru a fi evitată și de alții.

În chirurgia coronariană prin "by pass", riscul este bun dacă bolnavul este între 40-60 ani, cu angină pectorală dar fără antecedente de infarct și cu leziuni proximale la explorarea coronarografică. Riscul este mediu la bolnavii cu infarcte în antecedente dar cu contracție ventriculară bună și este grav la bolnavii la care se asociază leziunile valvulare, tulburările metabolice și se evidențiază leziuni coronarografice difuze. În stenoza mitrală, factorii de risc țin de existența hipertensiunii pulmonare și de un orificiu valvular sub 1,5 cm, a unui inel valvular sudat și calcificat, a trombozei atriale și emboliilor în antecedente ca și a formelor recidivante.

multe alternative de lucru, nu este vinovat dacă a acceptat pe cea care a corespuns cel mai adecvat experienței sale ("in dubio non obligat").

Criteriile delimitative între cele două tipuri de responsabilități sînt tot de natură deontologică și astfel au și evoluat în decursul timpului.

Mai concret, se apreciază că, dacă medicul face tot ceea ce poate ca om și ca medic, în caz de eșec, el nu își angajează nici o răspundere juridică.

Corelînd principiile abstracte ale dreptului cu realitățile actului medical, s-ar putea formula acest criteriu delimitativ prin datoria medicului de a da îngrijiri atente, conștiente și, cu rezerva cazurilor excepționale, conforme datelor actuale ale științei medicale, în raport de specialitatea sa și de condițiile sale concrete de lucru. Per a contrario, încălcarea acestei datorii poate antrena răspundere juridică. Dar, criteriile delimitative dintre răspunderea juridică și cea morală, în medicină, nu se referă numai la acțiunea medicului ca om și ca profesionist, ci și la acțiunea conformă unei prudențe și diligențe comune sau chiar superioare.

Astfel, ori de cîte ori se încalcă o îndatorire de îngrijire atentă, conştiincioasă (cu rezerva făcută situaţiilor excepţionale), conformă datelor actuale ale ştiinţei, se încalcă o obligaţie de competenţă, de prudenţă, promptitudine şi diligenţă.

Jurisprudenţa medicală recunoaşte mai multe tipuri de responsabilităţi:

- *Responsabilitatea disciplinară* este aceea care se rezolvă prin colegiile deontologice şi care, pentru abateri etice, poate merge pînă la retragerea titlului de medic;
- *Responsabilitatea administrativă* se angajează pentru diferite deficienţe în funcţionarea unităţilor sanitare;
- *Responsabilitatea contractuală* se bazează pe un contract de mijloace între medic şi bolnav şi este specifică medicinei liberale. Ea a dus la creşterea actuală "a climatului de inculpare a medicului" prin aceea că reprezintă 15-20% din totalitatea incriminărilor judiciare.
- *Responsabilitatea delictuală* (penală) este relativ specifică medicinei etatice.

Se susţine că răspunderea medicului nu poate fi contractuală deoarece sănătatea nu este un act filantropic şi, mai mult, viaţa şi sănătatea nu pot face obiectul unui contract între părţi. Această responsabilitate poate lua forma unei intenţii de a face rău, cînd devine incompatibilă cu exercitarea profesiunii medicale. Se afirmă, pe bună dreptate, că nu există infractor mai periculos decît cel care utilizează mijloacele profesionale într-un sens antisocial. Frecvent însă, în practica medicală, incriminările se fac din culpă, adică din lipsa intenţiei de a face rău, din nerespectarea unor

datorii profesionale. Reţinerea culpei obligă la înlăturarea cazurilor aşa-zise nefericite şi la stabilirea existenţei unui prejudiciu, a unei vinovăţii precum şi a unei legături cauzale dintre ele, uneori cu aspect de "res ipsa" sau alteori aleatorie, după principiul "nulum crimen sine culpa". Dacă în unele cazuri îndoielnice greşeala trebuie stabilită, în cazurile neîndoielnice, de res ipsa, procedura de lucru trebuie să fie aceeaşi.

Sub aspect juridic, *culpa* poate să fie:

- "in faciendo" - cînd medicul, de exemplu, nu aplică un tratament sau îl aplică rău (deseori lipsa tratamentului este mai bună decît tratamentul rău);
- "in omnitendo" - cînd omite a face ce este necesar bolnavului şi îl privează de o şansă;
- "in eligendo" - cînd nu îşi alege procedeele adecvate şi utile bolnavului;
- "in vigilando" - cînd nu supraveghează adecvat bolnavul.

După gravitate, *culpa* poate să fie:

- lata (gravă);
- levis (medie);
- levissima (a prevederii excepţionale).

Mai concret, se impută medicului *culpa prin necunoaşterea* faptelor medicale (ignoranţa de bază) sau a noţiunilor medicale noi care implică o cu totul altă apreciere şi care, încă de la Zekias, confereau o cu totul altă gravitate culpei. Competenţa profesională este matricea cognitivă a oricărei decizii profesionale şi ea obligă la specializare şi la cunoaşterea precisă a profesiunii, fapt necesar securităţii bolnavului, deşi uneori,

aplicarea cunoştinţelor noi în interesul bolnavului poate deschide şi poarta erorii. Oricum, a pretinde astăzi în medicină că se ştie totul este a risca o "incompetenţă enciclopedică" ce poate avea aceleaşi efecte negative.

O altă *culpă* este aceea *prin lipsă de dexteritate*, de pragmatism sau de incapacitate în îndeplinirea unor manopere tehnice elementare. Paralizia de sciatic după o injecţie sau ischemia braţului după alta vorbesc de la sine despre o astfel de culpă.

Culpa prin lipsă de diligenţă, prin lipsă de grijă este în realitate o culpă prin neglijenţă care poate duce la prejudicierea intereselor bolnavului. La o greşeală prin ignoranţă se citează zece greşeli prin neglijenţă.

În cadrul *culpei prin uşurinţă*, medicul judecă în mod uşuratic că rezultatele negative nu se vor produce dar, în realitate, ele se produc.

În sfîrşit, *culpa prin imprudenţă* constituie o încălcare a regulilor de prudenţă profesională, de previziune ştiinţifică, ce depind de discriminări cognitive corecte, de motivaţiile actului medical şi de condiţiile de lucru.

Pentru medicină, principiul lui "dubito ergo sum" se pare că este începutul oricărei măsuri de prudenţă elementară. În medicină, deseori, accidentele puse pe seama reactivităţii bolnavului sînt, în realitate, imprudenţe profesionale. De aceea, în condiţiile practicii actuale, prudenţa profesională devine o adevărată ştiinţă a dirijării riscurilor într-un sens util bolnavului.

Pentru evitarea nepregătirii profesionale se impune lărgirea permanentă a competenţei prin ştiinţă şi tactică. În cazuri extreme, de îndoială, trebuie asumat riscul în scopul salvării bolnavului.

Posibilitatea apariţiei greşelii prin neprevedere obligă la a face permanent referire la capacitatea raţională, lucidă profesional, specifică, de prevedere a riscurilor iar neglijenţa poate fi evitată prin interconsultul activ, epuizarea examenului clinic şi al explorărilor, urmărirea bolnavului etc. Uşurinţa trebuie evitată prin neviolarea unui secret medical, judecarea ponderată şi exhaustivă a unor riscuri posibile, acordarea de ajutor unei persoane în pericol etc.

Responsabilitatea juridică medicală înregistrează astăzi trei tendinţe:

1. De accentuare şi lărgire a obligaţiei de rezultat a medicului, graţie tehnicizării actului medical ce oferă şi pretinde rezultate pozitive. Ea s-a extins astfel la tehnologia reproducerii medical-asistate, la analize, proteze etc.

2. Tendinţa incriminării riscurilor medicale previzibile (cele imprevizibile fiind considerate eşecuri profesionale neimputabile, cazuri nefericite).

3. Tendinţa de incriminare a cazurilor de responsabilitate prin abstenţie (abţinere), justificată de privarea unei persoane la şanse adecvate de conservare a vieţii sau sănătăţii.

Indiferent de aceste condiţii, finalitatea răspunderii juridice rezidă în:

- în primul rînd, protejarea intereselor bolnavului şi societăţii;
- protejarea iniţiativei medicului în interesul bolnavului;
- asigurarea progresului ştiinţei medicale puse în slujba omului.

Metodologia stabilirii greşelii medicale, ca o continuă exigenţă a medicului faţă de sine, implică întrunirea tripticului: prejudiciu - vinovăţie

(greşeală) - legătură cauzală între ele. Problema esenţială în această metodologie este diferenţierea erorii de fapt (ce ţine de natura lucrurilor) faţă de greşeală (ce ţine de comportamentul medicului), cu menţiunea că eroarea de normă se omologhează cu greşeala de comportament profesional deci nu se poate invoca şi nu disculpă.

Greşeala medicală trebuie diferenţiată de eşecul profesional (cazul nefericit, lose of luck) precum şi de forţa majoră. Totdeauna, între eroare şi culpă există nişte zone crepusculare de responsabilitate, care obligă la o delimitare certă. În această zonă crepusculară se plasează eşecurile medicale neimputabile, cazurile fortuite, cazurile îndoielnice, încît, în practică, ne putem întîlni cu următoarele situaţii:

- cazuri nenorocite care nu exprimă vina medicului ci, dimpotrivă, imposibilitatea medicinei de a rezolva o situaţie medicală;
- cazuri îndoielnice care relevă situaţii ca acelea cînd medicul, din mai multe alternative de lucru, a ales pe cea care corespunde cel mai bine experienţei şi condiţiilor sale de lucru, după principiul "in dubio non obligat";
- cazuri neîndoielnice cînd rezultatele vorbesc de la sine, după principiul res ipsa, ca în cazul omisiunii unor explorări, efectuării tratamentului în stare de ebrietate, erorilor de dozare, intervenţiilor ce depăşeşte pregătirea şi posibilităţile medicului etc. În aceste cazuri intră culpa prin nepregătire (care se developează la maximum în urgenţe cînd la riscul bolii se adaugă riscul nepregătirii medicului), culpa prin neprevedere, prin lipsa capacităţii raţionale

de a prevedea, culpa prin neglijență în îndeplinirea obligațiilor și, în sfîrșit, culpa prin ușurință, adică prin lipsa de atenție și solicitudine impusă de o situație. Aceste incriminări intră în domeniul dreptului penal și oricît de jenantă ar fi o listă a greșelilor medicale, ea este utilă profilaxiei responsabilității juridice medicale. Desigur, specialitățile cu risc crescut de responsabilitate sînt chirurgia, obstetrica, anestezia etc, dar greșeli se pot întîlni în orice domeniu de activitate medcală.

În principal, **greșeala trebuie diferențiată de eroare și de riscurile medicale.**

Erorile pot fi *de fapt* sau *de normă*, prin *comisiune* sau *abstențiune* și se datoresc dezvoltării insuficiente a medicinei (erori de fapt) sau insuficientei pregătiri a medicului și încălcării datoriilor sale (erori de normă). Dacă primele sînt neimputabile, celelalte antrenează răspunderea medicului. Eroarea a fost valoroasă în medicină, fapt ce a determinat la disecția sa morală într-un scop euristic. Panica de eroare a fost considerată moartea progresului iar criteriul supleței mintale a medicului s-a raportat și la rapiditatea eliminării erorilor din practica sa. Disecția și eliminarea erorilor devine un act de identitate cu sine însuși și cu ceilalți, un act de curaj și onestitate profesională. Încă din vechime, în China, medicul era remunerat în raport de eforturile făcute. Dacă eroarea de fapt este de domeniul cunoașterii, greșeala este de domeniul conștiinței profesionale, deoarece implică o acțiune contrară regulilor profesionale.

Greşeala se confundă cu eroarea de normă care violează reguli medicale, fiind deosebită astfel de eroarea de fapt.

Eroarea de fapt este un rezultat imprevizibil care survine în contextul unei prudenţe şi diligenţe normale, cel mai frecvent, ca o reacţie neobişnuită a organismului, ce dejoacă observaţiile cele mai minuţioase şi prudente. Discuţia medicală despre erori este utilă progresului practicii medicale, adevărul creindu-şi totdeauna loc printre erori şi ipoteze; ca o vamă inevitabilă plătită de progresul medicinei, erorile de fapt sînt multiplicate astăzi de evoluţia sa tehnică. De aceea, cunoaşterea şi recunoaşterea erorilor este un act de onestitate profesională, o profesiune de credinţă, în măsură să facă profilaxia lor (valoarea euristică a erorii).

Erorile se clasifică în *certe* şi *îndoielnice*, *evitabile* şi *inevitabile*, *benigne* şi *maligne*, *de fapt* şi *de normă*. Ele ţin de imperfecţiunea medicinei, de reactivitatea bolnavului sau de inteligenţa medicului şi se întîlnesc, mai frecvent, în domeniul diagnosticului şi al tratamentului.

Erorile de diagnostic sînt cele mai frecvente erori medicale, cînd, din urmărirea unui avantaj pentru bolnav, prin eroare diagnosticul devine un risc sau chiar un rău pentru acesta. Diagnosticul este definit ca un act de alegere ce implică calităţi tehnice, psihologice şi morale. El are ca etape logice, analiza şi sinteza datelor clinice, confirmarea sa prin laborator, confirmarea prin reexaminare, prin urmărirea evoluţiei bolnavului, prin confruntarea operatorie sau necropsică. Eroarea de diagnostic reprezintă o neconcordanţă parţială sau totală a celor stabilite cu realitatea faptelor analizate. Unele erori de

diagnostic sînt benigne, cum ar fi diagnosticul care omite stadiul bolii, diagnosticele vagi de septicemie, abdomen acut etc. sau diagnosticele simptomatice de cefalee, febră etc. Altele sînt maligne, cum ar fi eroarea de normă ce rezultă din neexaminarea bolnavului sau eroarea logică de diagnostic care rezultă din lipsa sintezei tuturor datelor într-un diagnostic cert.

Într-o altă clasificare, **greşelile de diagnostic** sînt *obiective* cînd ţin de boală (exemplu sărăcia simptomelor) sau de bolnav (care nu relatează adecvat suferinţele sale, dînd informaţii false). Alte erori obiective rezidă în complexitatea bolii sau în posibilităţile de investigaţie ale medicului. Erorile *subiective* ţin numai de medic de aceea regulile de evitare a erorilor sînt esenţiale în medicină, deoarece o greşeală faptică duce la o greşeală logică iar o greşeală de diagnostic la o greşeală de tratament. În diagnostic, medicul trebuie să se grăbească încet prin a nu subaprecia anamneza şi a suplea lipsa de experienţă cu meticulozitate, făcînd examene profunde. Medicul trebuie să-şi dezvolte simţul clinic, adică capacitatea de a evalua rapid, complet şi corect o situaţie clinică. Simţul clinic se dezvoltă şi se bazează pe documentarea adecvată, experienţă şi observaţie raţională. Cele mai bune diagnostice rezultă din completarea reciprocă a examenului clinic cu cel de laborator, primul fiind hotărîtor deoarece dă viziunea integrală asupra bolii şi bolnavului. În aceeaşi măsură, cel mai corect diagnostic este cel etiopatogenic şi nu cel simptomatic iar investigaţiile în scop de diagnostic vor fi cele dictate de examenul clinic, de o stare de necesitate, implicînd cunoaşterea bolii şi bolnavului pentru evitarea riscurilor şi abuzului de

investigații. Recunoașterea erorii de diagnostic devine o datorie morală, în scopul înlăturării sale, medicul bun fiind acel care a făcut mai puține erori și greșeli, deoarece greșeala ascunsă "devine o crimă pentru bolnav". Nu este greu să devii medic ci este greu să fii medic, și că medicul mare a fost întotdeauna acela care și-a recunoscut greșelile și erorile proprii.

Erorile terapeutice sînt consecința erorilor de diagnostic și un medic cu un comportament ideal, individualizează totdeauna tratamentul după boală și bolnav, evită polipragmazia și asocierile periculoase, evaluează corect riscurile terapeutice prin stabilirea corectă a indicațiilor și contraindicațiilor și manifestă o vigilență maximă în urmărirea tratamentului. Erorile de tratament vin *de la bolnav, de la medicament* sau *de la medic*. Astfel, neefectuarea examenului clinic, neefectuarea unui examen complet, a unor examene complementare, nesolicitarea altor specialiști, nesupravegherea bolnavului sau lipsa de atenție sau dexteritate, vor constitui întotdeauna greșeli imputabile.

Riscurile medicale sînt, de asemeni, situații pe care le aduce progresul medical; mai ales progresul tehnic, mai rar boala și bolnavul sau chiar și medicul. Riscurile pot lua forma *eșecurilor previzibile sau imprevizibile* și ele nu se pot elimina decît prin pasiune, prin dragoste pentru profesiune și pentru om. Tripticul profilaxiei riscurilor este prevederea, anunțarea și limitarea lor prin cunoașterea profesiei, prin recunoașterea libertății și drepturilor bolnavului, ca și prin supravegherea actelor medicale.

Evoluția tehnică în medicină crește sursele de risc previzibile și imprevizibile, care apar în

condiţiile unei diligenţe maxime. Se ştie că fără risc nu există progres medical şi că progresul ştiinţei constă în a face riscurile din ce în ce mai previzibile. Orice intervenţie medicală comportă un alias, un risc, de aceea, la riscurile bolii, medicul are obligaţia de a nu adăuga riscul nepregătirii sale. Refuzul acceptării riscurilor poate deveni însă imputabil prin eludarea cazurilor grele sau prin abstenţionism. Inacceptarea riscurilor dezafectează raportul medic-bolnav; aversiunea faţă de risc nu este utilă bolnavului. Medicul nu va dovedi nici temeritate în asumarea riscurilor dar nici frică nejustificată deoarece, dacă riscul imprevizibil al intoleranţei medicamentoase de exemplu, este neimputabil, riscul previzibil este inacceptabil şi ca atare imputabil. Sub aspect deontologic, acceptarea riscului este o datorie morală şi nimeni nu va fi înclinat să scuze medicul care a intervenit într-un abdomen plin de sînge, dar care a uitat o compresă.

O problemă esenţială este aceea referitoare la evaluarea (posologia) riscurilor. Riscul evaluabil statistic nu este întotdeauna evaluabil şi invidual, încît, pentru a accepta ca legitim un risc, este necesar să se întrunească unele condiţii printre care:

- riscul să fie acceptat în interesul bolnavului;
- să fie acceptat liber şi clar de către bolnav;
- să nu comporte efecte umane negative previzibile;
- să aibă utilitate şi justificare socială;
- să fie acceptat în lipsa oricărei alte alternative;

- să rezolve o problemă de necesitate, de urgență.

Astfel, în fața unui risc vital, medicul acceptă riscul pentru sănătate al unei intervenții chirurgicale, dar, într-o intervenție estetică, el nu va interveni decît dacă rezultatul este cert. Multe intervenții estetice implică riscuri previzibile care țin de narcisismul, psihoza sau dismorfofobia bolnavului, neglijate de medic. Posologia riscului se face anticipat după postulatul lui Koch, în sensul că medicul trebuie să accepte totdeauna riscul minor în scopul de a îndepărta riscul major. Acest principiu obligă la acceptarea sa în condițiile competenței, libertății, responsabilității și atitudinii umane a medicului. După postulatul lui Hamburger, medicul trebuie să evite totdeauna disproporția dintre riscul acceptat și rezultatele sale eventuale. Se reziliază, în interesul bolnavului, dileme medicale care ar rezulta din prognosticul infaust al unei boli (de ex. endocardita septică și riscul reacției de intoleranță la singurul antibiotic disponibil) și din acceptarea unui prejudiciu pentru sănătate (ex. surditate) dacă se evită un prejudiciu vital (ex. insuficiență renală letală).

Plecînd de la aceste postulate, s-au stabilit clase de risc de la administrarea unui medicament minor la un bolnav sănătos (risc de clasa I-a) pînă la administrarea unui medicament riscant la un bolnav cu tare organice (risc clasa IV-a), existînd o serie de stări intermediare. Riscul se pretează la evaluări concrete în funcție de specialitate.

Ca și pentru erori, în situația riscurilor, medicul va manifesta o profesiune de credință, în sensul evitării tuturor riscurilor posibile și acceptării riscurilor utile bolnavului. De exemplu, riscul intoleranțelor medicamentoase poate fi previzibil

cînd ține de documentarea medicului, de supradozarea medicamentului, de credința vană că tot ce este nou este bun etc. sau este imprevizibil cînd ține de intoleranța bolnavului dar cînd medicul a făcut tot ce poate pentru depistarea unei eventuale intoleranțe. Plecînd de la realitatea faptului că în afară de sare și apă, orice medicament poate prezenta un risc și că bolnavul ce vine la al doilea medic trebuie suspectat dacă simptomele sale nu vin de la primele medicamente, medicul trebuie să evite atari riscuri printr-un mod de gîndire și evaluare corectă a lor sau, în caz de apariție, prin recunoașterea și înlăturarea riscurilor, în scopul de a evita depersonalizarea greșelii medicale.

Criteriologia răspunderii medicale include următoarele paradigme:

- efortul medicului ca om și ca specialist de a veni în ajutorul bolnavului;
- obligația sa de mijloace, de a oferi îngrijiri atente, conștiente și conform datelor actuale ale științei și de a nu garanta rezultatul procedurilor sale (cu excepțiile menționate);
- respectarea normele de comportament tehnic, profesional, situație în care consecințele negative ale actului medical nu se datoresc conduitei sale medicale;
- prejudiciul creat nu este consecința vreunei vinovății medicale.

Per a contrario, constatarea lor pozitivă antrenează răspunderea juridică profesională.

În condițiile exercițiului medicinei actuale, responsabilitatea juridică medicală este în creștere, consecutiv:

- progresului tehnic medical ce face ca opinia publică să nu mai admită greşeala;
- avertizării populaţiei despre succesele medicale prin mass-media ;
- progresului relaţiilor de drept într-o societate cu Stat de Drept ce caută totdeauna un responsabil.

Astfel, în decursul vieţii profesionale, un medic din doi riscă o răspundere judiciară.

Această creştere a responsabilităţii juridice medicale (iatrogenie medicală) duce la unele *consecinţe medicale şi sociale* printre care:

- la neacceptarea riscurilor în condiţiile în care, frecvent, în medicină, priza riscului este esenţială actului medical;
- apariţia unor curente antimedicale aşa cum ar fi cel iniţiat de Ivan Ilici, după care, medicina "a medicalizat sănătatea";
- apariţia unor comisii cu caracter de contencios de informare şi conciliere a conflictelor;
- apariţia asigurărilor medicale faţă de bolnav şi chiar faţă de populaţie, ce implică acceptarea unor garanţii pecuniare pentru acoperirea eventualelor accidente şi riscuri, mai ales imprevizibile. Acest gen de asigurări duce la ceea ce s-a numit răspundere fără greşeală, aceasta din urmă prezumîndu-se şi generînd inevitabil despăgubirea în baza aşa-zisei responsabilităţi obiective (eludînd răspunderea subiectivă).
- apariţia Asigurărilor pentru eventuale riscuri pe care un absolvent le-ar comite pe o

perioadă de 5-10 ani de la absolvire. Cotizaţiile acestor tipuri de asigurări se acoperă din fondurile sau salariile cadrelor didactice, pentru fiecare specialitate în parte.

- apariţia unor tribunale specializate în speţe medicale, cu magistraţi ce sînt absolvenţi şi ai facultăţilor de medicină pe lîngă cele de drept, în scopul de a crea o jurisprudenţă medicală de îndrumare cît mai ştiinţifică.

În acest scop, o procedură complexă ajută la întocmirea unui dosar ca şi la stabilirea unor comisii de conciliere.

Iată de exemplu un proiect de lege iniţiat în Franţa privind asigurarea medicilor în faţa riscurilor profesionale:

Art 1 - Este instituit un fond de garanţie destinat să refacă accidentele corporale ocazionate prin practica medicală (1, 2).

Art. 2 - Orice medic, pentru a practica medicina, va trebui ca din momentul înscrierii sale în Ordinul Medicilor să participe prin cotizaţie la fondul de garanţie.

Orice lipsă de cotizare va trebui semnalată în răstimp de o lună Consiliului departamental a Ordinului unde este înscris medicul.

Art: 3 - Dacă o activitate medicală va produce un accident corporal, victima va avea grijă să se adreseze direct fondului de garanţie care va acoperi automat pagubele, în condiţiile prevăzute de articolele următoare.

Art. 4 - Sînt categorisite "accidente medicale" consecinţele defavorabile ale unui diagnostic, ale unei explorări, ale unui tratament sau ale unei intervenţii, cînd starea pacientului şi

circumstanţele patologice nu oferă consecinţe normal previzibile.

Victima va trebui să aducă elemente permiţînd fondului de garanţie să se asigure de rolul cauzal al activităţii medicale.

Art. 5 - Cînd starea victimei unui accident medical rezultă din circumstanţe antrenînd responsabilitatea unei a treia persoane, această victimă va putea cere o indemnizaţie indiferent de fondul de garanţie medical, chiar şi persoanei a treia. Recursurile vor putea decide între fondul de garanţie medical şi a treia persoană, în măsura cauzalităţii respective.

Art. 6 - Compensarea pagubelor va cuprinde, eventual:

a. rambursarea cheltuielilor medicale şi farmaceutice;

b. rambursarea cheltuielilor accesorii, mai ales a cheltuielilor de transport a victimei în cadrul spitalicesc sau transporturi între centre spitaliceşti;

c. echivalentul salariilor, cîştigurilor sau a capacităţii de muncă pierdute datorită incapacităţii temporare sau permanente;

d. indemnizaţiile unei pierderi a integrităţii corporale. În toate cazurile, în afară de orice contestaţie asupra cauzalităţii, starea anterioară a victimei va fi luată în considerare pentru a determina validitatea acestei pierderi a integrităţii corporale şi caracterul obiectiv al prejudiciului invocat de şef.

Salariile, cîştigurile sau capacitatea de muncă nu vor fi luate în considerare decît în limita lui X, ori salariul minim interprofesional de creştere.

Bolnavul va trebui să aducă fondului de garanţie elemente permiţînd această apreciere.

e. indemnizația unui prejudiciu estetic particular de grav putînd atinge condițiile existenței.

Art. 7 - Cînd fondul de garanție va fi pus în cauză pentru asigurare socială, va fi deschis simultan un dublu dosar de către fondul colectiv și Securitate Socială și instituit în strînsă legătură.

Data consolidării va fi fixată și incapacitatea permanentă, dacă se instalează, va fi evaluată, în legătură de către cele două organe, de manieră să suprime orice divergență.

Art. 8 - În timpul perioadei de incapacitate temporară:

a. dacă victima nu este asigurată social, fondul de garanție îi va vărsa direct indemnizațiile corespunzătoare;

b. dacă victima este asigurată social, Securitatea socială va lua sarcina sa, imediat și direct, prestațiile în natură și în felul în care este ținută de legislația particulară în vigoare.

Fondul de garanție va vărsa victimei diferența între prestațiile furnizate de Securitatea Socială și indemnizațiile prevăzute la articolul 6.

Casele de Securitate Socială vor putea să acționeze contra fondului de garanție pentru prestațiile în speță pe care le-ar fi lichidat. Prestările în natură, vor rămîne definitiv în sarcina lor.

Art. 9 - Indemnizația incapacității permanente va fi asigurată direct și integral de către fondul de garanție.

Dacă cheltuielile medicale, paramedicale și farmaceutice sînt cerute după consolidare, Securitatea Socială nu va putea să recurgă împotriva fondului de garanție, pentru prestările în natură corespunzătoare pe care ar fi trebuit să le

verse în aplicarea dispozițiilor legislative în vigoare. Victima va putea să reclame fondului de garanție rambursarea tichetului moderator lăsat, eventual, în sarcina sa.

Art. 10 - Dacă accidentul a antrenat moartea victimei, moștenitorii săi vor putea să reclame fondului de garanție înapoierea cheltuielilor medicale și farmaceutice expuse, în măsura în care acestea nu au fost luate în sarcina Securității Sociale sau pentru fracția lăsată în sarcina asiguratului.

Ele vor avea de asemeni dreptul la încasarea de cheltuieli accesorii, în special a celor de transport și ajutorului de înmormîntare.

Persoanele care erau în îngrijirea victimei vor avea dreptul, în limitele asistenței pe care puteau să o aștepte de la ea, la compensarea salariilor lor sau cîștigurilor sau a capacității lor de muncă.

Art. 11 - De îndată ce va fi stabilit că o pagubă rezultă dintr-un accident medical, prin aplicarea art. 4, obligațiile prevăzute de articolele precedente vor fi rezolvate într-un interval scurt.

Părțile vor depune eforturi de a ajunge la un acord convenabil.

În cazul în care dezacordul persistă, Tribunalul unei instanțe va fi singurul competent.

Totuși, dacă victima primește esențial despăgubirile, fondul de garanție va fi rezervat efectuării unei reglementări provizorii, pe baza unei sume pe care el se declară dispus să o accepte.

Art. 12 - Victima care va concura intenționat la apariția unei leziuni va fi lipsită de orice drept la indemnizații, aceasta privind și pe moștenitori și persoanele în îngrijire.

Art. 13 - Victima care a concurat prin greșeala sa nescuzabilă, caracterizată prin gravitatea

excepţională derivînd dintr-un act sau dintr-o omisiune voluntară, de conştiinţa pericolului pe care le-ar avea autorul său şi pe absenţa oricărei cauze justificative - la survenirea accidentului, va putea fi deposedată parţial de drepturile sale de despăgubire ca şi succesorii săi şi persoanele în îngrijire.

Art. 14 - Dacă un medic va cauza intenţionat accidentul, victima şi fondul de garanţie vor putea să exercite împotriva lui sau succesiunii sale, acţiunile şi recursurile oferite de dreptul comun.

Art. 15 - Dacă un medic va produce un accident printr-o greşeală de neiertat - caracterizată prin gravitatea sa excepţională, derivînd dintr-un act sau o omisiune voluntară a conştiinţei pericolului care interesează autorul său, şi absenţa oricărei cauze justificative, fondul de garanţie va putea, după avizul unei comisii mixte paritare numărînd medici şi reprezentanţi ai fondului de garanţie, să-i ceară acestuia o înapoiere parţială a sumelor pe care el le-a vărsat datorită accidentului.

Această rambursare va fi cerută sub forma unei majorări a cotizaţiilor anuale, în dublă limită a unei majorări de X% a cotizaţiei normale percepute, exersată X ani consecutiv.

Art. 16 - Orice medic care a pus de mai multe ori în joc garanţia fondurilor colective pentru accidente survenite într-o perioadă de un an, va trebui să plătească pentru anul aferent ultimului accident şi pentru anul următor, un supliment de primă cu un procentaj fixat în considerarea activităţii exercitate şi de riscurile pe care ea le comportă.

Totodată, asiguratul va fi scutit de un supliment de primă de către fondul de garanţie dacă el demonstrează că unul dintre accidente, pe care l-a

justificat, s-a produs fără nici o greşeală din partea sa.

Art. 17 - Recursurile exersate de către fondul de garanţie şi suplimentele de primă prevăzute la articolele precedente sînt de neasigurat din partea medicului ce le suportă.

Art. 18 - Pentru orice dosar deschis, fondurile de garanţie vor adresa o notificare iar medicului un raport la Consiliul departamental al Ordinului medicilor.

Art. 19 - Acţiunile prevăzute în prezenta lege se prescriu pe o durată de 5 ani.

Art. 20 - Nici un accident cauzat de activitatea medicală nu va putea da loc, între medic şi pacienţi, la nici o altă indemnizaţie decît cea prevăzută de lege.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

RESPONSABILITATEA MEDICALĂ ÎN SOCIETATEA CONTEMPORANĂ

În lumea contemporană, responsabilitatea exprimă asumarea consecinţelor actelor proprii de comportament profesional, responsabilitate ce conferă garanţia propriei competenţe şi, ca urmare, a deciziilor luate în interesul bolnavului şi societăţii. În unele ţări civilizate şi tehnicizate se constată că astăzi un medic din doi riscă a asista la punerea în discuţie a responsabilităţii sale cel puţin o dată în decursul vieţii profesionale.

Evoluţia medicinei contemporane ne pune în faţa a două tendinţe antinomice.

Pe de o parte, tendinţa creşterii evidente a responsabilităţii complexe, inclusiv juridică, a medicului, tendinţă explicată prin:

- "agresiunea" tehnică a medicinei contemporane ce face investigaţiile mai sofisticate şi chiar mai periculoase;
- desacralizarea actului medical cu dispariţia acelui halou de mister din jurul medicului, fapt ce face ca în orice nenorocire umană să se declanşeze sentimente arhaice de culpabilitate, consecutiv reprezentării inadecvate a posibilităţilor medicinei la un moment dat;

Încă din 1923, Champonnière sublinia:

"Problema responsabilității medicale devine în fiecare zi mai gravă și mai neliniștitoare, preocupînd pe bună dreptate pe toți practicienii. Dacă vrem să nu descurajăm inițiativa binefăcătoare ce poate vindeca bolnavul, trebuie să protejăm medicul onest și conștient contra acuzelor injuste".

- îndepărtarea, prin tehnică, a medicului de sufletul bolnavului și a estompării empatiei umane;
- propagarea realizărilor medicale prin mass-media, cînd oamenii, asistînd la reușita transplantelor de organe unice, nu mai acceptă să moară după o apendicectomie;
- conștiința de opinie publică ce omologhează sănătatea cu fericirea, mila și compasiunea cu respectul vieții ca unicat și prin care se tinde a se căuta un responsabil; de aici creșterea numărului de acțiuni împotriva medicului;
- dificultatea cunoașterii unor cauze de deces și nevoia de informare (cît mai precisă) cerută de anturaj.

Pe de altă parte asistăm la tendințe în care o serie de curente antimedicale, cunoscute încă din antichitate, după care medicina tratează bolnavi ce constituie o povară pentru societate și împiedică astfel selecția naturală, sînt astăzi exacerbate.

Reluînd aceste opinii, Ivan Ilici acuza medicina de medicalizarea și monopolul sănătății, de generarea crizei medicale consecutive, de antinomia dintre medicina clinică (în care bolnavul este subiect al actului medical) și medicina tehnică

(în care bolnavul devine un fel de obiect al acestui act). Mai mult, el acuza medicina de crearea unor paradoxuri în domeniul asigurării sănătății prin aceea că evoluția progresului medical în loc să scadă costul asistenței medicale, dimpotrivă, crește acest cost. Pentru Ivan Ilici aceste aspecte generează un fel de iatrogenie socială ce exploatează anxietatea bolnavului, cu atît mai mult cu cît evoluția practicii medicale către instituționalizarea sa, a depersonalizat și dezumanizat raportul dintre medic și bolnav. S-a ajuns astfel la pierderea "colocviului individual" dintre încrederea bolnavului, pe de o parte, și conștiința medicului, pe de altă parte.

Consecințele acestei antinomii s-au exemplificat prin ceea ce s-a numit "deriva medicinei" și care a condus la asigurarea medicului pentru eventualele prejudicii create, a dus la o medicină defensivă, de acoperire, în scopul de a justifica activitatea medicului față de orice fel de acuzație. Relația medic-bolnav s-a transformat astfel într-o relație exclusiv mercantilă, despuiată de orice spirit samaritean.

Tendințele evolutive ale instituției răspunderii medicale se referă la:

- evoluția raportului medic-bolnav către o relație contractuală, caracteristică medicinei liberale, ca o relație bazată pe încrederea bolnavului în medic și chiar alegerea sa și pe măsura acestei încrederi, a conștiinței medicului față de obligațiile sale pentru bolnav. Ne aflăm astfel în fața unui contract sinalagmatic între părți, contract în care ambele părți se obligă a-i respecta clauzele, după principiul "do ut des";

- incriminarea activităţii medicale pentru asumarea unor riscuri care ar fi devenit utile bolnavului;
- incriminarea practicii medicale pentru abstenţie, cu consecinţa privării de şanse;
- incriminarea muncii medicale pentru rezultatele acesteia, fenomen din ce în ce mai accentuat în multe domenii medicale;
- evoluţia reparării prejudiciilor consecutive actelor medicale prin asigurări, cu stabilirea forfetară (prin înţelegere) sau contencioasă (prin reziliere de conflicte) a indemnizaţiei bolnavului. Evoluţia răspunderii medicale către asigurări (rezolvarea litigiilor medic-bolnav prin asigurări şi independent de greşeala stabilită judiciar) apare drept consecinţă a liberalizării practicii medicale, liberalizare ce are la bază medicina contractuală. Acest tip de practică medicală ar exprima, în cel mai înalt grad, libertatea medicului de a acţiona în interesul bolnavului, colocviul individual cu bolnavul ar deveni autentic iar asumarea deciziilor de către medic, mult mai curajoasă.

În faţa unor concepţii fataliste privind aleas-ul existenţei umane, societatea contemporană crează condiţii din ce în ce mai largi pentru a-i face faţă prin asigurări. Aceste garanţii pecuniare se acordă fără greşeală. Într-o astfel de evoluţie, nu este important a stabili dacă autorul unui prejudiciu este culpabil sau inocent, cît a indemniza victima.

Se aduc argumente ale răspunderii prin asigurări:

- procedura judiciară lungă privind stabilirea responsabilității medicale;
- dificultatea dovedirii greșelii medicale și a legăturii sale cauzale cu prejudiciul, dovedire care incumbă bolnavului;
- caracterul uneori incert al deciziilor judiciare;
- evitarea traumatizării medicilor (printr-o astfel de indemnizare sistematică) cu aptitudinea de a evita descurajarea energiilor, deperdiția competenței, într-un domeniu unde priza de risc devine un element esențial;
- experiența U.S.A., Suediei, Finlandei etc. atestă eficiența includerii indemnizării prin asigurări pentru cazuri de forță majoră, prezumție de greșeală, relație cauzală a actului medical cu prejudiciul. În acest scop, compania de asigurări stabilește o comisie ce va clarifica punctele "umbră" din dosarul medical și va încerca o tranzacție amiabilă între părți. În acest scop se recomanda:
  - » să se țină o evidență riguroasă a dosarului medical;
  - » să se facă o informare completă și pe cît posibil clară, către bolnav și șeful ierarhic;
  - » să se facă o cercetare riguroasă a faptelor, fără erori sau omisiuni.

Consiliul European a adoptat următoarele măsuri în domeniu:

- caracterul autonom al indemnizației medicale;

- funcționarea asigurărilor medicale pe principiul controlului riscurilor "după datele cîștigate ale științei", pentru a evita creșterea costului asitenței medicale;
- păstrarea și restabilirea notorietății și autorității medicului;
- concilierea contenciosului prin mediatori, prin comisii și procedura extrajudiciară;
- evitarea inflației necontrolate a cotizațiilor de asigurări care ar crește costul asitenței medicale;
- finanțarea fondului de asigurări de către cei asigurați, în scopul asumării responsabilității în plină independență profesională.

Responsabilitatea medicală, în medicina liberală, apare a fi de mai multe feluri:

- *responsabilitatea disciplinară* statuată de colegiile deontologice, medicale și care poate merge pînă la suprimarea dreptului de practică medicală;

Medicina contractuală face consimțămîntul bolnavului inevitabil. El poate fi luat, în general, oral, în unele țări în scris (U.S.A., Anglia) sau cu martori ori prin video. Parlamentul European impune ca acesta să reprezinte o "codecizie între îngrijitor și îngrijit". În Țările de Jos se cere ca informarea să se facă în termeni comprehensibili, în Danemarca să privească numai riscurile tratamentului, în Grecia să privească doar consecințele dezagreabile de ordin medical sau social iar în Franța să fie simplu, aproximativ, inteligibil și loial.

- *responsabilitatea administrativă* a instituției sanitare care poate fi proprietate de stat sau particulară și care, de regulă, este pecuniară. Spitalul poate face însă acțiune recursorie împotriva medicului în culpă;
- *responsabilitatea judiciară civilă,* de natură contractuală, care obligă pe medic "a da îngrijiri conștiente, atente și conforme datelor actuale ale științei". Această responsabilitate se bazează pe un contract de mandat (Elveția), contract de serviciu (RFG), contract nenumit (Belgia), contract de prestare de servicii intelectuale (Italia) sau contract de diligență (Legal Duty to Take Care) în Anglia. În Franța, răspunderea civilă se bazează pe întrunirea tripticului format din prejudiciul material, moral sau estetic, prezumția de vinovăție și legătura cauzală dintre ele.
- *responsabilitatea judiciară penală* ce incriminează greșeala prin neîndemînare, imprudență, neatenție, neglijență sau nerespectare a regulilor de comportament profesional (greșeală comună tuturor profesiunilor) și prin violarea secretului medical, neasistării unei persoane în pericol, neinformării bolnavului etc. (greșeală specifică profesiunii medicale). De subliniat că, în Grecia, Finlanda etc., responsabilitatea medicală apare a fi cu precădere delictuală. Greșeala se referă la neîndeplinirea unei obligații de mijloace (malpractice, kunsfehler), neîndeplinire pe care un alt medic conștient și avertizat, în aceleași circumstanțe de lucru, ar fi evitato. Un astfel de medic conștient și avizat

este definit ca medic normal, prudent, avizat şi plasat în aceleaşi condiţii de lucru (Belgia), medic onest şi competent (Olanda, Danemarca), medic de aceeaşi formaţie (Suedia), medic ce adoptă un comportament conform diligenţei normale şi scrupuloase (Italia), în raport de specializarea, locul şi resursele sale tehnice (Portugalia). Dacă, în general, proba greşelii o face bolnavul prin avocatul său, în RFG, dimpotrivă, medicul este obligat să-şi probeze inocenţa.

În **U.S.A.** este adoptat sistemul *Comisiilor de conciliere şi a Comisiilor de protejare legală a medicului*, cu rol de triere a cazurilor litigioase şi de eliminare a reclamaţiilor nejustificate. În aceste comisii sînt şi juriştii, cu scopul de a da mai mare pertinenţă concluziilor. În caz de culpe contractuale, aceste comisii încearcă o conciliere. În unele state ale U.S.A., comisiile funcţionează sub îndrumarea tribunalelor judiciare iar în altele, comisiile se substituie complet acţiunilor legale. Medicii acestor comisii de conciliere sînt desemnaţi de asociaţiile medicilor iar juriştii, de barourile de avocaţi. Din 100 procese medicale, 47 ajung la comisiile de conciliere şi triere (din acestea, 22 au intrat în tribunal) şi 53 merg direct la tribunal.

În **Anglia**, orice medic poate apare ca expert într-un proces medical, fapt ce a dat naştere la ceea ce s-a numit "bătălia experţilor".

Un moment al "bătăliei experţilor" din Imperiul Britanic l-a constituit confruntarea între trei celebri profesori de medicină legală: Harvey Littlejohn din Scoţia, Sydney Smith din Cairo şi Sir Bernard Splisbury din Londra. Confruntarea nu a putut fi

tranşată decît prin intervenţia juriştilor în favoarea celui din urmă. Ulterior, istoria ştiinţei a arătat că tocmai acesta greşise.

Mărturia unui expert medic poate fi de fapt sau de opinie, funcţie de postura de implicat sau expert.

În **Suedia** există *Comisii de responsabilitate medicală* cu dreptul de a cerceta, a da sancţiuni, a lua dreptul de practică etc.; ele sînt compuse dintr-un jurist ca preşedinte şi doi experţi (medici din specialitatea ce se judecă). În cazul în care speţa ajunge în tribunal, acesta poate solicita raportul comisiei.

În **Belgia,** culpa penală şi civilă sînt independente. Dacă medicul îşi recunoaşte greşeala, prejudiciul se acoperă din asigurări. Criteriile greşelii sînt cele clasice şi anume cele referitoare la comportarea unui alt medic conştient plasat în aceleaşi situaţii medicale şi raportate la datele cunoscute ale ştiinţei.

În **Germania,** bolnavul trebuie să dovedească greşeala de tratament a medicului precum şi dacă medicul l-a informat sau nu despre riscuri. Sînt stabilite comisii de experţi formate, în unele landuri, dintr-un chirurg, un medic de medicină generală, doi specialişti şi un preşedinte cu instruire juridică (numiţi pe o durată de patru ani), care dezbat litigiul în prezenţa bolnavului şi a medicului. Comisii lucrează independent de tribunale şi de asigurările sociale (prin procedură extrajudiciară). În probleme de cercetare medicală, asigurarea cu cel puţin 1/2 milion de mărci este obligatorie, în scopul de a acoperi eventualele invalidităţi sau chiar decese. Totdeauna, cercetările medicale trebuie să fie avizate şi de comisiile etice existente în fiecare unitate.

În **Franța**, cu medicina liberală în procent de 50%, responsabilitatea decurge, în principal, din legile privind contractele de natură civilă. Aici, problemele civile le rezolvă *Comisiile de conciliere* iar problemele penale le rezolvă tribunalele. Pentru medicina practicată în instituțiile publice de stat (50%) se adaugă (pentru medic)și o răspundere administrativă similară cu a oricărui salariat de stat. Bolnavul nu poate alege între răspunderea penală sau civilă ca în Germania pentru că obligația răspunderii penale atrage pe cea civilă și invers. Prin *Carta bolnavului*, medicul este obligat a elibera bolnavului documentele medicale la externare, în scopul de a cunoaște exact dosarul său medical. Culpa medicală este calificată în culpă privind umanismul medical (ex. încălcarea consimțământului), culpă privind regulile profesiunii medicale și culpă privind ajutorul dat unei persoane în pericol.

Toate aceste proceduri de contencios sînt consecința creșterii litigiilor medicale cu generarea acelei iatrogenii juridice al cărei efect nefast este iatrofobia medicilor.

Frecvent, în cadrul greșelii medicale se acuză lipsa consimțământului bolnavului la o investigație sau la un tratament oarecare, prin lipsa sa de informare.

Apare scuzabilă disimularea diagnosticului sau a prognosticului dacă este în interesul bolnavului. În țările în care procesele contra medicilor sînt în creștere, consimțământul se ia scris iar dovada lipsei sale o face bolnavul.

Alte omisiuni frecvent încriminate în medicina liberală sînt cele culpabile de tehnică a diagnosticului și tratamentului, de supraveghere a

bolnavului, de prognostic infaust prin nespitalizare etc.

În zonele de risc ale practicii medicale (urgenţe, stări terminale, tehnologia reproducerii, sfat genetic etc.), evitarea greşelii şi distingerea sa de eroarea medicală implică o criteriologie ştiinţific- expertală ce se referă la probarea faptului că medicul:

- a făcut tot ceea ce a putut, ca medic şi ca om, în interesul bolnavului;
- a respectat standardele de comportament profesional în raport de pregătirea (specialitatea) şi de condiţiile sale de lucru;
- a utilizat mijloacele ştiinţifice recomandate şi nu s-a angajat pentru rezultatele lor;
- a respectat, aproape fără excepţie, consimţământul bolnavului sau al familiei;
- a satisfăcut interconsultul în mod spontan sau la cerere şi nu a privat bolnavul de şanse;
- nu a delegat altora atribuţiile sale proprii.

Prevenirea răspunderii juridice, de maximă gravitate, se face prin respectarea unor parametri deontologici în măsură a contribui, în mod eficace, la priza de conştiinţă a răspunderii medicale. Competenţa medicului devine un drept al bolnavului şi o condiţie sine qua non a unui act medical eficient. Pentru medic, competenţa devine "prima formă de cinste" faţă de bolnav. Medicul ce vrea să fie cinstit cu bolnavul trebuie să fie competent, lipsa competenţei neputînd fi compensată de amabilitate sau bunătate. Realitatea acestei cerinţe constituie un impuls pentru studiu permanent, diploma de absolvire nemaiputînd astăzi conferi acoperire de competenţă pentru restul vieţii profesionale. Dorinţa de cunoaştere devine

carburantul autentic al inteligenţei profesionale precum şi condiţia valorizării adecvate a profesiunii în sensul satisfacţiei existenţiale.

Conştiinciozitatea faţă de actul medical va completa benefic competenţa profesională, ştiut fiind că, în condiţiile competenţei celei mai desăvîrşite, prin lipsa de exercitare conştiincioasă a obligaţiilor profesionale, se pot produce tot atîtea erori şi greşeli.

Dacă la aceste paradigme adăugăm şi prudenţa profesională, profesiunea de credinţă, nevoia de devoţiune ca şi rolul personalităţii medicului în interrelaţiile sale umane şi sociale, obţinem garanţia unui act medical despuiat cu certitudine de riscurile imputabilităţii sale, act ce este în măsură a asigura prestigiul profesiunii medicale şi chiar progresul său.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

ASPECTE ETICE ALE PSIHOLOGIEI MEDICALE

Prin definiția sănătății ca "stare de bine fizic, psihic și social" dată de O.M.S., se recunoaște rolul psihicului în echilibrul biologic și social al omului, fapt ce face ca preocuparea medicului pentru psihicul bolnavului să se impună ca o adevărată datorie morală și nu ca o problemă benevolă, ca o necesitate științifică și nu ca o problemă aleatorie. Atunci cînd se vorbește de dezumanizarea medicinii se invocă, în primul rînd, îndepărtarea medicului de psihicul bolnavului și în al doilea rînd, studiul și abordarea fracționată a bolnavului prin hipertehnicizarea medicinii actuale.

B. Shaw spunea că medicina a făcut din noi zei (deci cu puterea ce o dă tehnica) înainte de a fi oameni (de a înțelege și menaja psihicul bolnavului); și tot el, într-o aceeași semnificație, definea specialistul ca un om care știe din ce în ce mai multe despre lucruri din ce în ce mai puține, pînă ajunge să știe totul despre nimic.

În fața acestei realități, curentul medicinii neohipocratice actuale aduce drept corective ale dezumanizării actului medical (prin progresul său tehnic inevitabil) recursul la psihologia și deontologia medicală. Într-adevăr, psihicul este cel mai sensibil monitor al suferinței bolnavului iar obligația de a nu pierde în uman ceea ce

"De fapt, durerea, suferința sînt noțiuni ambigui și improprii. Nu poți folosi pentru spirit și corp aceleași cuvinte cum nu poți boteza cu același nume uscatul și apa, un munte și un deal. Cele două atît de deosebite feluri de suferință se exclud între ele, se fac cu neputință una pe alta. O mare durere a spiritului face trupul imponderabil și neglijabil, în timp ce aici, în acest pat de uniformă, toate suferințele fără sfîrșit ale sufletului meu și sufletul meu odată cu ele dispar, pentru a face loc durerii meschine și îngrozitoare a unui fragment de țesut străbătut de cîteva vase sangvine și cîțiva microscopici nervi".

Ana Blandiana

cîștigăm în tehnică devine datorie profesională și morală.

Se știe din psihologia generală că psihicul uman implică *funcții de cunoaștere* (intelective), *funcții afective* (emoții, sentimente) și *volitive* (acte de voință). Toate aceste compartimente pot fi afectate de boală, motiv pentru care **psihologia medicală** se impune ca o psihologie a relației medic-bolnav și nu ca o prefață la psihiatrie (care se ocupă de tulburările patologice ale psihicului uman).

Sub aspectul psihologiei medicale, relația medic-bolnav trebuie să fie simetrică; această simetrie de atitudini se referă la echilibrul dintre încrederea cu care bolnavul caută pe medic și, în aceeași măsură, la răspunsul de conștiință a datoriei profesionale a medicului față de bolnav (simetria sau echilibrul încredere-conștiință).

Sub aspect medical, etic și psihologic, bolnavul (primul element al relației sus-numite) poate suporta influența bolii somatice asupra psihicului sau influența psihicului asupra corpului său.

Influența corpului asupra psihicului are intensități de la ceea ce s-a numit patomimie (starea de angoasă și neliniște dată de boală), la starea de anxietate (ce este universală, de unde și nevoia permanentă de a fi partajată cu înțelegerea și ajutorul medicului), pînă la producerea de adevărate hipocondrii (de suferințe psihice sine materia, fără leziuni sau tulburări organice).

În ceea ce privește *influența psihicului asupra bolilor*, aceasta poate merge pînă la constituirea unor adevărate boli psiho-somatice, tot așa ca și a unor maladii psihogene ca reacții psihice la diferite stări de stress.

Parsons arăta reacțiile psihice la boală (dependente și de personalitatea medicului):

- cei cu personalitate emotiv-psihastenică fac reacții de introspecție și izolare;
- cei cu personalitate impulsivă fac reacție de opoziție față de boală și uneori chiar și față de medic;
- cei cu personalitate fobic-anxioasă fac reacție de dependență și refugiu în boală;

"Suprema relație dintre medic și bolnavul său este o comunicare existențială care depășește întreaga terapie, și anume, că este tot ceea ce poate fi organizat și metodic pus în scenă. Cura, de la această dată, se generalizează și se circumscrie în comunitatea a două ființe libere și dăruite cu rațiune pe planul existenței posibile. În consecință, medicului îi revine o uriașă responsabilitate, în care formarea sa medicală somatică și psihologică este necesară, dar nu ajunge".

K. Jaspers

- cei cu personalităţi stenice, aşa-zis accentuate, fac reacţii de sublimare a bolii, de convertire a suferinţei în stări spiritual-creatoare pozitive.

Sînt cunoscute astfel de reacţii, mai ales în lumea medicală. Freud, la auzul diagnosticului infaust comunicat de către medic, i-a replicat "cu ce drept îi anunţă acest lucru"; Kafka (cu psihicul nemenajat de medic) a afirmat "ce uşor e să scrii o reţetă, dar ce greu e să te ocupi de oameni".

Medicul trebuie să redea unitatea între spirit şi corp.

Celelalte elemente ale relaţiei medic-bolnav relevă (sub aspect psihologic şi moral) că medicului i se cer calităţi de empatie (mai mult decît de simpatie), adică de transpunere psihică pentru a înţelege, calităţi de curaj (pentru a adopta decizii în interesul bolnavului), calităţi de simţ clinic (fler) şi judecată logică (pentru a înţelege în mod ştiinţific influenţa reciprocă între psihic şi corp). Sub aspect etico- psihologic medical, vocaţia medicului nu este altceva decît pasiunea pentru o competenţă integrală (somatică şi psihică), curajul asumării riscurilor în interesul bolnavului, capacitatea sa de a se modula psihologiei fiecărei boli şi fiecărui bolnav şi atitudinea sa de responsabilitate profesională trăită. Faţă de boală, reacţiile medicilor pot fi de asemenea diferite. Unii medici, în mod ideal, reacţionează altruist; alţii, preocupaţi de tehnică, reacţionează neutral-afectiv iar alţii, încrezători numai în tehnică, reacţionează pur tehnic, ignorînd conştient starea psihică a bolnavului.

Contactul bolnavului cu medicul duce la stabilirea unei relaţii complexe medic-bolnav care poate lua următoarele forme (după Rist):

- aspectul unei relaţii de încredere adecvată în medic, dar fără a-i pretinde imposibilul şi a-i înţelege eşecul ce vine de la natura lucrurilor;
- o relaţie caracterizată prin exces de încredere în medic cînd bolnavul pretinde acestuia a rezolva şi realiza miracole "cerîndu-i totul şi neiertîndu-i nimic". Se observă aici ambivalenţa de atitudine a bolnavului;
- o relaţie de neîncredere şi de control a medicului curant, prin solicitarea altor confraţi.

Din evoluţia psihologiei medicale reţinem următoarele momente mai semnificative:

- Hipocrate - arăta că medicul vindecă cu planta, cu cuţitul şi cu cuvîntul;
- Zamolxe - cerea medicilor să trateze omul ca un întreg;
- Ambroise Paré - arăta că medicul trebuie să ştie să "panseze" şi cu cuvîntul dacă doreşte să fie util bolnavului;
- P.Janet - arăta modul cum medicina a îmbogăţit psihologia;
- Pavlov - arăta modul cum psihologia a îmbogăţit medicina, atunci cînd pretindea medicului "să simtă şi să gîndească ca bolnavul".

Astăzi, plecînd de la adevărul formulat la început empiric şi apoi ştiinţific că "nu există boli ci bolnavi", promovarea preocupării pentru

Dragoş Vicol, în lucrarea "Camera 210", scoate în evidenţă, antitetic, calităţile şi noncalităţile psihologice ale medicului:

"M-a ascultat apoi cîteva minute cu stetoscopul şi m-a întrebat dacă în lipsa lui totul a fost în ordine. I-am răspuns că da, deşi abia atunci, în prezenţa lui, simţeam că totul e în ordine. Chiar în momentul cînd a intrat în cameră, vesel, jovial, m-am simţit uşurat brusc de orice grijă pentru mine, de orice teamă, de toată nesiguranţa. Din clipa aceea, totul se concentra iarăşi în mîinile lui. În ce mă privea, socoteam că nu mai am nici o obligaţie faţă de mine, totul depinde numai şi numai de el".

Alt medic:

"Îşi nota fără să rostească vreun cuvînt, ceea ce îi dictau şefii, mă privea de undeva foarte departe, fără nici un bob de interes, controla foaia de observaţie şi ieşea pe urmele lor, lăsînd în urma sa indiferenţa şi răceala unui sloi de gheaţă. Deşi era frumoasă, frumuseţea sa era distantă, lipsită de atracţie. Voia să fie şi autoritară, dar din clipa cînd pleca din spital era uitată de toată lumea ca şi cum s-ar fi topit sau volatilizat, ca şi cum nu avea să se mai întoarcă niciodată".

psihicul bolnavului răspunde unui mesaj cosmic atît timp cît omul e o " aventură unică în univers".

Aportul psihologiei în medicină s-a accentuat şi această preocupare este în măsură a reduce numărul stărilor psihogenetice, frecvenţa lacunelor medicale prin neglijarea influenţei psihicului, a evita nemulţumirile bolnavului faţă de actul medical, în esenţă, de a creşte calitatea asistenţei medicale acordată bolnavului.

Psihologia medicală are două mari părţi:

Psihologia medicală generală - a contactului etico-psihologic cu bolnavul, indiferent de specialitatea medicului;

Psihologia medicală specială - a contactului psihologic cu bolnavul, funcţie de fiecare specialitate medicală.

Este un truism faptul că încrederea bolnavului în medic potențează și crește coeficientul de eficacitate al unei terapii medicale. De aceea, din orice sală de așteptare medicală, bolnavului trebuie să i se transmită această încredere. Aceasta se realizează prin curățenia desăvîrșită, prin evitarea cuvintelor cu dublu sens exprimate de personalul medical, prin educația sanitară afișată și din care vor lipsi scenele dramatice cu catastrofe, sînge etc.

Contactul oricărui medic cu bolnavul trebuie să țină seama de următoarele reguli mai importante:

- bolnavul să se simtă, de la început, acceptat de către medic prin amabilitate, bunăvoință etc.;
- medicul trebuie să fie optimist față de bolnav, desigur cu un optimism rațional și despuiat de pesimisme maxime, de tînguieli etc.;
- ținuta vestimentară a medicului să confere și să întărească imaginea sa de autoritate și sobrietate;
- orice interacțiuni în afara bolii, pe parcursul unei anamneze (de ex. solicitarea de adrese etc.), diminuează încrederea în medic, pot sugera bolnavului că ar exista și alte interese decît cele medicale;
- anamneza va fi echilibrată între nevoia de a asculta și cea de a dirija nelăsînd bolnavul să se piardă în amănunte inutile dar nici să omită ceva esențial; în fața unei anamneze medicul nu trebuie să manifeste nici apatie, nici grabă;

- este greşit ca medicul să ceară bolnavului, de la început, biletele de ieşire din spital, reţetele altor medici etc., fapt ce poate lăsa imaginea grabei şi lipsei de interes;
- în timp ce dă o consultaţie, medicul va elimina alte preocupări extranee consultaţiei (semnarea de hîrtii, darea de telefoane, uitarea repetată la ceas etc.) - din aceleaşi motive de respect total al bolnavului şi a întăririi încrederii în medic;
- limbajul medical va fi tonic, educativ şi modulat capacităţii bolnavului de a înţelege, nivelului său cultural;
- dacă bolnavul solicită răspunsuri privind prognosticul bolii, acestea nu vor amputa speranţa bolnavului în vindecare ci, dimpotrivă, o va întări;
- comentariile despre diagnosticele şi terapiile anterioare vor beneficia de contenţie şi nu de aprecieri negative sau chiar de condamnare deoarece ultimile determină neîncrederea în medicină a bolnavului;
- în prescrierea de medicamente se vor evita formulările rare şi polipragmazia şi nu se vor uita recomandările conexe de viaţă;
- se va acorda o deosebită atenţie investigaţiei clinice sexologice care trebuie să beneficieze de un drept la intimitate, mai ales cînd afectează cuplul;
- orice anamneză şi consultaţie medicală va fi şi psihoterapică, ajutînd bolnavul să facă un catharsis, o descărcare psihică de teamă şi anxietate; dacă după o discuţie şi con-

sultație cu un medic, bolnavul nu se simte mai bine, acesta nu este un medic bun;

- examenul clinic va fi complet, explorările dictate de examenul clinic nu vor fi omise, medicul reținînd toate dificultățile ivite în vederea informării sale ulterioare, fapt ce nu trebuie să constituie o umilință profesională deoarece este făcută în interesul bolnavului;
- nu se va uita niciodată că de prestigiul medicului depinde prestigiul medicinei, de aceea, este anormal, din punct de vedere etic și psihologic, ca medicul să apară în fața bolnavului neglijent, în stare de ebrietate sau drogat.

Normele de psihologie și etică medicală recomandă medicului și multă sobrietate în relațiile sale cu familia bolnavului. Aceste relații vor fi atît de amiabile cît sînt de utile bolnavului; între austeritatea distantă și familiaritatea excesivă găsindu-și loc atitudinea umană și sobră. Medicul nu va intra în viața unei familii decît atît cît este necesar din punct de vedere medical, mai ales în caz de conjugopatii, nevroze familiale etc.

Elemente de psihologie medicală specială

Psihologia medicală specială acordă, în primul rînd, atenție relației bolnavului cu medicul în spital.

În acest sens, printre regulile cele mai comune se poate exemplifica:

- atenția deosebită acordată locului unde este plasat un bolnav și evitării cuvintelor ce pot

Însemnările de mai jos ale unui bolnav reflectă modul în care este percepută o activitate medicală dezumanizată:

"Este ora 8 şi 15, miercuri dimineaţa. Bolnavul de la camera 249 este pe moarte, conform planului. Luni, infirmierii l-au transportat singur într-o cameră a serviciului, căci este mai uşor a închide o uşă la un mort decît a pune un paravan într-un salon supraîncărcat. Responsabilul morgii l-a înscris în planul său de lucru al săptămînii. Pe biroul medicului... se aflau mai multe note: dr..... are nevoie de ochi, dr.... are nevoie de rinichi. Autorizaţia de autopsie era deja semnată demult. Nu ne rămîne decît să murim într-o catastrofă".

leza sensibilitatea - "plasează-l în salonul cu cancer" etc.;

- aspectul unui salon va fi umanizat la maximum, evitîndu-se ceea ce s-a numit analfabetism medical: dezordinea, sărăcia etc.;
- medicul şef se va abţine de la a face observaţii celorlalţi medici în faţa bolnavilor;
- nu se va citi filmul, ecg-ul etc. în faţa bolnavului şi mai ales nu se vor face, la citirea lor, grimase de deznădejde sau pesimism;
- vizita va începe în mod ordonat şi nu cu un pat anumit, deoarece poate genera convingerea că bolnavul din acest pat este cel mai grav şi de aici interesul pentru el;
- vizita nu va crea preocupări inutile despre boală, preocupări ce pot merge pînă la fixarea lor psihică de către bolnavi;
- interesul pentru un bolnav sau altul trebuie să fie consecinţa exclusivă a interesului pentru boală;

- externarea bolnavului din spital va fi pregătită şi nu intempestivă. În nici un caz, prin conduita medicului nu se va transforma bolnavul într-un "caz clinic" mai ales în spitalizările îndelungate, la bolnavii cronici la care şi aşa survine inclaustrarea şi egocentrismul.

A subevalua rolul psihologic al medicului faţă de boală este a fi medic pe jumătate, a face ca bolnavul să trăiască boala sa în condiţii inumane, motiv pentru care medicul trebuie să fie disponibil pentru relaţii umane, competent psihologic.

O atmosferă stenică psihologic şi medical, într-un spital, este redată de *'Carta bolnavului spitalizat'* care stipulează:

'Spitalul se află în serviciul bolnavului şi are misiunea de a vă oferi îngrijiri de excelentă calitate. Pentru ca şederea Dvs. să fie agreabilă în spital, echipa medicală, de îngrijire, administrativă şi tehnică, face eforturi de a racorda nevoile bolnavului cu necesităţile vieţii de spital. În acest scop, un climat de încredere este necesar şi el presupune recunoaşterea drepturilor şi datoriilor fiecăruia. Broşura de primire ce v-a fost înmînată vă oferă învăţăminte utile asupra serviciilor medicale, condiţiilor şi facilităţilor de şedere în spital cît şi asupra regulilor necesare de

"După 30 de ani de expertiză, mirosul bacilului piocianic, al puroiului albastru, îmi este încă intolerabil. Totuşi, el este legat, în amintirea mea, de momente sublime ale existenţei, de momentele în care caritatea m-a ridicat deodată deasupra propriului meu eu şi m-a făcut să înţeleg ceea ce cu siguranţă n-aş fi putut să înţeleg în confort şi delectare".

G. Duhamel

respectat în interesul tuturor. În acest sens puteți cere pentru consultare regulamentul interior al spitalului.

Formalitățile de internare și ieșire

În interesul Dvs, spitalizarea necesită unele formalități administrative indispensabile printre care și cele de internare. Dacă starea Dvs. cere o internare rapidă în spital, aceste formalități vor fi îndeplinite de un membru al familiei sau ulterior. Spitalul respectă libertatea Dvs. și îl puteți părăsi cu acordul medicului responsabil sau chiar fără acordul său, dar, în acest caz, va trebui să semnați o descărcare de responsabilitate.

Respectul demnității și al personalității

Ținînd cont de localul de care dispune spitalul cît și de necesitatea organizării îngrijirilor spitalicești, personalitatea și demnitatea fiecărui bolnav este respectată. În acest scop, s-au dat instrucțiuni întregului personal spitalicesc, căruia i se cere cea mai mare curtoazie față de bolnav. Acest personal va respecta opiniile și credințele dumneavoastră și în același timp este la dispoziția Dvs. pentru a primi cererile sau observațiile Dvs. De aceea este și în interesul Dvs. propriu de a accepta sfaturile pe care acest personal vi le dă. Puteți, de asemenea, solicita ajutorul serviciilor sociale. În caz de dificultăți, puteți cere să vă întîlniți și cu un responsabil din direcția spitalului. În acest mod, puteți obține acordul ca nici o indicație să nu fie dată asupra prezenței Dvs. în spital sau asupra stării Dvs. de sănătate. Aveți apoi dreptul de a refuza vizita persoanelor pe care nu doriți să le primiți și aveți posibilitatea de a păstra efectele și obiectele personale utile confortului Dvs., în condițiile prevăzute în broșura de la primire. Este însă

recomandabil ca obiectele de valoare să le depuneți la administrație.

Principalele reguli de urmat în spital

Pentru a prezerva liniștea vecinului Dvs., trebuie utilizate cu discreție aparatele de radio și televiziune, evitate conversațiile prea zgomotoase și atenuată lumina. În interesul tratamentului Dvs., nu este necesar să vi se aducă băuturi sau medicamente fără autorizația specială a medicului ce vă tratează. Pentru măsuri de igienă și securitate, nu este permis a fuma decît în unele locuri special amenajate și indicate. Materialul spitalului este scump iar întreținerea sa necesită eforturi și bani. Acest material vă stă la dispoziție dar, de asemenea, el trebuie să se afle sub grija Dvs. atentă de evitare a oricăror deteriorări și degradări. Față de personalul medico-sanitar, ca și față de ceilalți bolnavi, vi se recomandă cea mai mare curtoazie, precum și față de vizitatorii Dvs.

Legătura cu exteriorul

Curierul spitalului vă este la dispoziție, în fiecare zi, pentru corespondență. Prin el puteți expedia și primi mandate și scrisori. De asemenea, puteți utiliza posibilitățile telefonice pe care spitalul vi le pune la dispoziție. Familia și prietenii Dvs. vă pot face vizite la orele ce sînt indicate în broșura de primire, doar dacă medicul nu va contraindica aceste vizite. În cazuri particulare, după discuția cu medicul sau personalul de supraveghere, puteți obține modificarea orarului de vizitare și chiar autorizația ca un însoțitor să rămînă lîngă Dvs.

Informații medicale

În ceea ce privește starea de sănătate, examenele ce se vor face și tratamentele ce vor fi decise vă vor fi

aduse la cunoștiință fiind informat de medicul responsabil sau personalul de îngrijire. În măsura posibilului, același medic vă va informa de fiecare dată. Afară de opoziția Dvs., familia poate fi informată de starea Dvs. de sănătate în zilele și orele indicate în fiecare serviciu. Dacă starea de sănătate necesită transferul Dvs. în alt serviciu, medicul responsabil de tratamentul Dvs. va da toate motivele acestui transfer și va preveni imediat familia Dvs. La ieșirea din spital, o ordonanță vă va fi dată, în scopul de a urma tratamentul și indicațiile necesare, ordonanță ce va fi furnizată de medicii ce v-au tratat. Medicul responsabil de tratamentul Dvs. va fi totdeauna fericit de a primi pe medicul Dvs. de familie și de a se întreține cu el privind starea Dvs. de sănătate. Orice medic desemnat de Dvs. poate lua cunoștință de dosarul Dvs. de sănătate. De asemenea, puteți cere o copie a clișeelor radiografice ca și a altor analize efectuate în timpul internării în spital.

Chestionar de ieșire

La ieșire vă va fi oferit un chestionar destinat a culege sugestiile și observațiile Dvs. Sînteți rugat să îl completați. Răspunsurile Dvs. vor fi cu atît mai valoroase cu cît chestionarul va fi semnat. Totuși, aveți și posibilitatea de a păstra anonimatul dacă doriți. Răspunsurile vor fi studiate și de ele se va ține cont în scopul ameliorării condițiilor de spitalizare'.

În **medicina internă**, o atenție deosebită se va acorda bolnavilor cardiaci, a căror angoasă privind un sfîrșit iminent, subit, adus de bolile de inimă, este cunoscută. La bolnavii ftizici se va înțelege apoi egocentrismul pe care îl aduce această boală cronică și la orice suferință medicală

se va avea în vedere labilitatea emoțională a bolnavului, frica sa de unele explorări, mai ales riscante, nevoia de a nu psihiatriza preocuparea psihică firească a bolnavului pentru boala sa, mai ales prin chemarea psihiatrului.

În **chirurgie** este veche constatarea după care, la bolnavii optimiști ca și la armatele victorioase (Larey) rănile se vindecă mai repede (datorită tonusului psihic bun). Aceleași elemente de precauție psihologică se vor avea în vedere și aici (de ex. "pune bolnavul în patul în care a decedat XY"); evitarea descrierilor tehnice a intervențiilor chirurgicale ce stîrnesc groază (în cadrul a ceea ce s-a numit didactogenii, studenții încălcînd această prevedere); cînd bolnavul intră în sala de operație să nu vadă sîngele de la intervențiile anterioare, să se respecte consimțămîntul bolnavului etc.

În **pediatrie** se va lua în considerație reacția de opoziție fiziologică a copilului la diferite proceduri medicale. Pentru a atenua această reacție, se va apela la ajutorul familiei, a copiilor mai mari și evident la aptitudinea medicului de a se apropia de copil și de a-l cîștiga.

În **obstetrică** este cunoscută teama femeii însărcinate față de actul nașterii, frica de a nu naște un copil malformat, frica de schimbările involuntare de copii în spital etc. Rolul psihicului se manifestă frapant în pierderea unei sarcini datorită spaimei, emoției excesive care, în post partum, pot merge pînă la adevărate psihoze puerperale.

În **clinica de boli infecțioase**, un rol important revine medicului în a înlătura frica de contaminare a bolnavului, mai ales astăzi, cînd

SIDA a adus deja o multitudine de procese judiciare în lume. Sînt cunoscute astfel:

- acțiunea judecătorească contra spitalului ce a întîrziat diagnosticul și tratamentul, contra spitalului în caz de contractare a bolii (privind triajul bolnavilor și transfuziile efectuate) și privind discriminarea publică a bolii (a purtătorilor, a familiilor acestora);
- o soră dă în judecată un medic pentru că nu a avizat-o că bolnavul este purtător și a luat probe fără precauție;
- un bolnav dă în judecată spitalul pentru că a fost îngrijit de o soră sero-pozitivă;
- s-a incriminat nepăstrarea confidențialității față de public ca și administrarea de sînge (într-o operație) de la un sero-pozitiv;
- s-a condamnat un homosexual ce a mușcat un polițist;
- s-a condamnat un dentist ce a transmis boala;

Persoanele sero-pozitive nu se angajează în spital, timp de 18 luni (perioada de incubație).

Profilaxia acestor accidente privește transfuziile, evidența nou-născuților, utilizarea de condoame, izolarea purtătorilor, raportarea deceselor, autopsia cu precauții, declararea purtătorilor etc.

În **clinica de psihiatrie,** responsabilitatea neglijării factorului psihic merge pînă la imputarea actului de suicid mai ales în depresiile mascate, în tratarea psihogeniilor etc.

În **medicina legală,** relația medic-bolnav devine o relație medic-bolnav-cetățean, fapt ce obligă la respectarea etică, psihologică și umană a tuturor

drepturilor bolnavului, la menajarea lui imparțială, la respectarea datoriilor de medic și la rejetul oricăror proceduri sau acuze judiciare. De aceea, medicului legist, pe lîngă spirit de observație, obiectivitate și discreție, i se cere multă și fină subtilitate.

Psihologia medicală ca și dreptul bolnavului la discreție aduce în discuție o altă datorie morală a medicului și anume, *datoria de a asista moartea*. Bănuirea și teama morții produce refuz, dezolare și resemnare de aceea, a spune adevărul despre moarte, înseamnă a respecta și stima bolnavul, iar a nu spune, înseamnă a-l înconjura de milă. Comunicarea unei atari situații devine o problemă culturală și de speță, o problemă concretă, ce obligă la integrarea adevărului în personalitatea bolnavului. Plecînd de la o concepție cultural-spirituală despre moarte, medicul trebuie să ajute bolnavul să suporte anxietatea acestor stări, pentru că o situație existențială ca boala și mai ales moartea, angajează în totalitate omul, ființa sa. Desigur, concepută mintal, moartea poate fi imaginată dar trăită emoțional, nonexistența este dificil de acceptat. De aceea, bolnavul apelează la orice, universul său psihic devine mult mai mistic și mai puțin rațional și aceasta îl face vulnerabil la înșelăciune. Acest risc trebuie supleat prin asistență umană și deontologică a stărilor terminale.

Concepută ca fapt cultural, moartea trebuie să devină o sursă de afirmare valorică a individului, pentru a nu reprezenta o victorie a speciei asupra sa. Conceptul va determina la considerarea vieții ca singură premiză biologică pentru aspirarea la nemurire axiologică. Adevărata moarte nu este cea biologică ci cea axiologică. În acest mod, moartea

poate fi şi un prilej de bucurie dacă reprezintă singura modalitate de atestare a valorii vieţii. În conceptul euristic de convertire a tragicului în sublim, moartea reprezintă un mijloc de afirmare a vieţii, un îndemn de a muri cu demnitate prin conştiinţa datoriei împlinite, ce devine singura acoperire în faţa morţii. Numai efortul de depăşire a condiţiei umane este în măsură să salveze de la moarte. A trăi în memoria celorlalţi, a trăi prin alţii după moarte, a trăi prin ceea ce ai făcut pentru alţii constituie privilegiul vieţii de a nu muri. Numai o astfel de moarte devine prilej de atestare a valorilor vieţii.

Plecînd de la aceste realităţi axiologice despre viaţă (a cărei valoare supremă este creaţia pusă în slujba semenilor) şi implicit despre moarte (care începe în mod real şi tragic atunci cînd nu mai simţi nevoia celuilalt om), medicul va asista bolnavul şi va vorbi despre moarte atît cît îl îndeamnă viaţa. Medicina devine o ştiinţă din ce în ce mai pozitivă, care nu trebuie să piardă atributele sale de consolare faţă de disperarea, totdeauna prezentă, a bolnavului.

Prin atitudinea sa, medicul trebuie să combată consecinţele afective ale bolii şi ale stărilor terminale şi anume de securitate şi frustrare, de regresiune afectivă şi sentimente de culpă, de devalorizare umană. El va combate aceste stări prin înţelegerea totală a bolnavului precum şi prin disponibilitatea sa afectivă, cu ajutorul căreia va fi anxiolitic şi va favoriza mişcarea afectivă, transferul bolnavului spre medic, precum şi mişcarea de contratransfer de optimism şi speranţă a medicului către bolnav. Medicul trebuie să stabilească un diagnostic al bolii dar şi al personalităţii bolnavului, ştiut fiind că numai

capacitatea spirituală şi psihologică a omului îl ajută să treacă cu bine situaţiile fatale de ruptură existenţială. Prin rolul său de a ajuta la reconfortarea bolnavului, prin aşa-zisul "remediu-medic", acesta va stimula "funcţiile creatoare ale durerii" precum şi efectele pozitive ale bolii şi anume de autocunoaştere, de reconsiderare a idealurilor, de şcoală a personalităţii, de accentuare a empatiei şi deschidere spre altul, de dominare proprie şi intensificare a vieţii afective. Această funcţie creatoare a durerii a făcut pe Blaga să afirme că "umbrele seamănă cu întunericul, dar sînt fiicele luminii". În acelaşi timp, medicul va combate efectele negative ale bolii şi anume, sugestibilitate şi egocentrism, iar succesul său în domeniu va confirma faptul că prin aptitudinea comunicărilor interumane, medicina rămîne una din profesiunile cele mai apropiate contactelor umane autentice şi facile.

Efortul etic al atitudinii psihologice faţă de medic obligă a face bolnavul să trăiască în condiţii umane suferinţa sa, indiferent de boală, de condiţia sa socială sau de condiţiile de lucru, cîteodată vitrege, ale medicului.

Contactul cu boala şi mai ales cu moartea care este biruitoare şi are de partea ei suferinţa, trebuie să facă pe oameni ca în faţa cadavrului să se scuture de un gînd rău, să se gîndească la salvarea vieţii prin moarte, la valorizarea vieţii prin conştiinţa morţii.

Medicul nu va uita că neglijarea psihicului în boală amputează din succesele sale, motiv pentru care, pentru a fi medic integral, cu spirit holistic, de înţelegere integrală a omului şi a nu risca a fi medic pe jumătate, el trebuie să aibă toată fineţea

respectării psihicului bolnavului. Numai astfel, își va putea etala chipul său în sufletul bolnavilor, ca în poezia acestui bolnav intitulată sugestiv "Chipul doctorului meu":

'Un chip calm
Ori frămîntat de griji;
Cu toată vioiciunea-i alungată de trudă.
Un chip care dă sens existenței mele
Doar cu zîmbetul de bun venit;
Sau care mă face să amuțesc sub privirea
liniștită dar dezaprobatoare.
Chipul încordat al omului grăbit
Ce te face să simți
Că grijile lui sînt mult mai multe
Decît ale tale.
Unde-i acel chip
Care rămîne atît de calm și ascultă?
Care te examinează cu atîta competență,
te tratează și îți dă siguranță?
Fie ca eu să întîlnesc
Acel chip, pentru
Voința și puterea de a mai trăi odată.
Și ca să am încredere,
Trebuie să cred în el ca într-o forță supranaturală'.

În sfîrșit, psihologia și deontologia medicală trebuie să ocupe un loc adecvat în instruirea și formarea medicilor, știut fiind că ea contribuie la a fi medic autentic căci, altfel, "e mai ușor să devii decît să fii medic".

Într-o imagine comprehensivă și complementară, OMS-ul arată calitățile cerute unui medic bun, atît din punct de vedere cognitiv, psihomotor, cît și afectiv:

A. Domeniul cognitiv ("a şti").

1. Cunoaşterea vocabularului, faptelor, concepţiilor, principiilor, legilor, metodelor şi procedeelor tehnice fundamentale, demonstrate prin capacitatea:
   a. de a le rememora;
   b. de a le recunoaşte.
2. Înţelegerea acestor fapte, concepţii etc. demonstrată prin aptitudinea:
   a. de a le explica;
   b. de a le recunoaşte implicaţiile;
   c. de a le folosi pentru explicarea fenomenelor.
3. Aptitudinea de a analiza şi interpreta date şi tipuri de date diferite, demonstrate prin:
   a. convertirea datelor de o anumită formă într-o altă formă;
   b. elaborarea de ipoteze plauzibile pentru explicarea acestor date;
   c. stabilirea unui prognostic plauzibil;
   d. recunoaşterea limitelor acestor date.
4. Aptitudinea de a rezolva probleme, demonstrată prin:
   a. identificarea de date necesare soluţionării problemei;
   b. utilizarea de surse apropiate pentru obţinerea datelor dorite;(de ex. alegerea sau cererea de filme radiologice, a examenelor de laborator etc.);
   c. stabilirea unei ipoteze sau a unui diagnostic provizoriu;
   d. identificarea metodelor apropiate pentru verificarea acestei ipoteze (sau a acestui diagnostic);

e. stabilirea unui plan terapeutic plauzibil.

5. Aptitudinea de a observa corect un caz demonstrată prin:

a. obținerea, la interogatoriu, a unei indicații nete despre ceea ce se plînge în esență bolnavul;
b. obținerea unei descrieri clare a bolii;
c. utilizarea de indici însemnați din istoricul bolii (cazului);
d. obținerea de informații pertinente asupra bolilor anterioare și istoricul familial;
e. obținerea de informații adecvate asupra fiecărui sistem;
f. utilizarea unui vocabular și a unei forme de interogatoriu capabile să fie înțelese de bolnav și să-i suscite colaborarea.

6. Aptitudinea de a cerceta și înregistra informațiile.

7. Aptitudinea de a utiliza resursele oferite prin asociație.

8. Aptitudinea de a evalua judicios o situație complexă prin problemele pe care aceasta le pune (cercetări, examene de laborator, considerații clinice, considerații sociale etc.) cînd trebuie, de ex.:

a. să trateze cazuri clinice complicate, pretinzînd:
   - » să le recunoască urgența și seriozitatea situației;
   - » să adapteze natura interogatoriului și examinarea bolnavului la necesitățile situației particulare;
   - » să recunoască necesitatea de a fi atent la examenele complementare, cum ar fi examenele radiologice

repetate sau examenele de laborator şi să le interpreteze rezultatul;

» să stabilească un diagnostic corect în cazurile complicate;

» procedînd la o verificare de control a rezultatelor neaşteptate;

» continuînd observaţia pînă cînd se stabileşte un diagnostic definitiv;

» identificînd problemele care sînt în legătură cu cazul sau subjacente cazului;

» luînd precauţiile cerute pentru a împiedica alte tulburări;

b. să instituie hotărîrile pretinse de aplicare a unui tratament adecvat, în cazurile complicate:

» definind natura, întinderea şi urgenţa nevoilor;

» definind condiţia de urmat în cazurile particulare;

» adaptînd tratamentul bolnavului în funcţie de vîrsta sa, de starea generală, de caracteristicile sale particulare şi ţinînd cont de acele anomalii care riscă să prezinte contradicţii terapeutice;

» supraveghind ameliorarea stării bolnavului, pentru a verifica eficacitatea tratamentului;

» reevaluînd şi modificînd terapeutica după schimbările survenite în starea bolnavului;

» dînd dispoziţiile necesare pentru a asigura supravegherea şi îngrijirile pe termen lung, mai ales făcînd apel

la serviciile de readaptare fizică, socială şi economică.

B. Domeniul psihomotor. ("a şti să facă")

1. Îndemînarea de a efectua examinarea bolnavului, demonstrată prin:
   a. executarea unui examen medical complex;
   b. depistarea exactă a tuturor semnelor fizice semnificative, prin inspecţie, percuţie, palpare şi ascultare;
   c. executarea unei examinări fără a incomoda sau a face să sufere inutil bolnavul.

2. Îndemînarea de a se servi de instrumente de laborator, ca microscopul, oftalmoscopul etc; îndemînarea de a practica anumite tehnici, cum ar fi puncţia venoasă, puncţia lombară, cateterismul, intubaţia, prepararea unui eşantion sau manipularea de material biologic delicat.

C. Domeniul afectiv. ("a şti să fie")

1. Solicitudinea faţă de bolnav şi familia sa, demonstrată prin:
   a. interesul personal manifestat pentru bunăstarea bolnavului şi grija de a-şi asuma responsabilitatea;
   b. tactul şi discreţia dovedite în raporturile cu bolnavul şi familia sa;
   c. conştiinţa anxietăţii bolnavului care este mult ameliorată cu ajutorul cuvintelor de îmbărbătare şi încurajare;

d. discuții sincere cu bolnavul și familia sa pentru a le explica starea bolnavului, tratamentul recomandat, prognosticul sau complicațiile posibile.

2. Conștiința capacităților și limitelor sale din punct de vedere profesional:

a. să nu acționeze decît în sfera sa de competență, în afara urgenței peremptorii;
b. să recunoască lipsurile sale de cunoștințe, ca și erorile sale;
c. să ceară ajutorul, consultul sau avizele de care are nevoie.

3. Dorința de a lega relații eficace cu colegii săi și ceilalți membri ai echipei sanitare și:

a. să accepte sugestiile și criticile lor;
b. să dea dovadă de tact și discreție în cazul divergențelor de opinii;
c. să sprijine și să sfătuiască personalul mai puțin experimentat;
d. să-și asume responsabilitatea propriilor sale decizii.

4. Curiozitatea spiritului, în scopul de a fi totdeauna gata:

a. să repună în discuție propriile sale convingeri;
b. să-și lărgească, cu chibzuință, cîmpul cunoștințelor sale;

5. Dorința de a pune cunoștințele și aptitudinile sale tehnice în slujba bunăstării societății.

BCU IAȘI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CONSIMŢĂMÂNTUL BOLNAVULUI ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Din dreptul constituţional la sănătate decurge dreptul bolnavului la informare privind procedurile medicale de aplicat asupra corpului său şi implicit consimţământul la aceste proceduri. Luarea acestui consimţământ este inevitabilă în medicina liberală (contractuală) unde el nu trebuie privit ca un privilegiu ci ca un drept al bolnavului.

Justificarea necesităţii de a consimţi la diferite acte medicale rezultă din:

- grefarea practicii medicale de erori, riscuri, stări de necesitate şi uneori chiar de greşeli, fapt ce face ca un consimţământ dat să "absoarbă" aceste riscuri;
- limitarea dreptului de a îngriji de unele dispoziţii legale ca de ex. efectuarea întreruperii de sarcină numai în spital sau efectuarea intervenţiilor chirurgicale după o ierarhizare a posibilităţilor spitalelor în acest sens, fapt ce face ca, însuşi consimţământul să fie limitat de aceste prevederi.

În orice condiţii, o relaţie simetrică medic-bolnav (bazată pe încredere şi conştiinţă) care nu poate fi ocultă, obligă la respectarea dreptului bolnavului de a consimţi. În acelaşi timp trebuie menţionat că un consimţământ dat nu

descarcă pe medic de responsabilitate, ci descarcă numai de riscurile imprevizibile ce trec de la medic la bolnav.

În practică, o problemă importantă se referă la *întinderea consimțământului*. Un consimțământ clar, după o informare exhaustivă, apare mitic, datorită aleasului rezultatelor medicale și dificultății de a înțelege toate aspectele medicale de către bolnav sau riscului de a determina la acestea de reacții inadecvate. Pragmatic, se va obține un consimțământ de lămurire care obligă a da bolnavului acel cuantum de informații ce îi permite a-și exercita facultatea de a alege. Per a contrario, orice neinformare a bolnavului exprimă o încălcare a dreptului său la sănătate, iar o informare excesivă înseamnă a practica o medicină inumană, de acoperire a medicului, dar cu riscul de refuz al bolnavului față de actele tehnice la care trebuie supus. Echilibrul dintre lipsa de informare și excesul informării nu poate fi asigurat decît de conștiința medicului aplicată la fiecare în parte. Așa de exemplu, a nu efectua o vaccinare antitetanică înainte de extragerea unui corp străin reținut în organism 20 de ani și care, cu ocazia extragerii, a fost urmat de tetanos, exprimă o culpă prin neprevedere dar și o încălcare a consimțământului deoarece bolnavul nu a fost informat asupra tuturor riscurilor. La fel și în cazul unei cure a herniei ce a fost urmată de lezarea unei artere ateromatoase și care a impus o proteză vasculară.

Din cele de mai sus rezultă că un consimțământ clar, așa cum pretind unele legislații, nu este posibil în medicină deoarece el are limite de ordin tehnic, psihologic, deontologic și juridic.

Gosset arăta că un medic ce intervine într-un abdomen contuzionat pentru 0,1% şanse, chiar de va uita o compresă într-un abdomen plin cu sînge, compresă ce nu este la originea morţii, este mai pătruns de spirit deontologic decît cel care nu intervine "pentru că şi aşa cazul era pierdut".

Limitele tehnice ale consimţămîntului se referă la dificultatea evaluării statistice a unui prognostic, fiind cunoscute situaţiile antinomice de vindecări spectaculare după intervenţii de anvergură şi invers, de complicaţii grave după intervenţii banale.

Limitele de ordin psihologic se referă la faptul că orice informare excesivă, cu detalii, poate stîrni angoasa faţă de tehnicile de aplicat. În situaţiile dificile legate de reacţiile bolnavului la o informare corectă, nu se poate condamna aplicarea minciunii pioase, disimularea adevărului. În aceste situaţii, cînd printr-o lămurire excesivă un bolnav ar putea refuza o intervenţie de necesitate ce i-ar pune viaţa în pericol, se recomandă "a minţi" prin omisiunea unor date tehnice, prin utilizarea unor cuvinte cu sensuri echivoce, prin utilizarea unor termeni vagi sau prin necorectarea unei idei false pe care bolnavul o are despre boala sa.

Între a informa corect şi a minţi pios, deontologia medicală recomandă:

- a spune bolnavului atît cît îi face bine, în raport de personalitatea şi eventualele sale reacţii psihice;
- a nu uita că întotdeauna bolnavul doreşte adevărul dar speră ca el să nu fie grav, deci

niciodată nu trebuie să i se suprime speranța;

- a nu uita că, sub aspect etico-psihologic, bolnavul iubește gîndul ce consolează înaintea adevărului ce lămurește.

Limitele deontologice ale consimțămîntului se referă la nevoia de a nu amputa speranța bolnavului, în condițiile în care medicul nu trebuie să-i ascundă adevărul.

Limitele juridice se referă la nevoia ca acest consimțămînt să fie dat *liber* - de un bolnav cu discernămînt, fără a fi obținut prin viclenie sau dol, să nu fie dat din politețe și să fie idoneu, adică să ofere bolnavului aptitudinea de a lua o decizie (este nevalid consimțămîntul obținut prin frică, forță, înșelăciune sau încălcarea legii - de ex. consimțămîntul la eutanasie) și să fie *clar* - fapt ce nu este posibil în medicină decît în intervențiile estetice, de lux unde se angajează răspunderea pentru rezultat.

Limitările mai sus menționate obligă pe medic la a obține un consimțămînt de lămurire care trebuie să fie simplu, inteligibil, aproximativ și loial:

- să ofere o idee rezonabilă științific și etico-psihologic despre boală;
- să realizeze un echilibru între dreptul bolnavului la informare și loialitatea, onestitatea medicului, asigurîndu-l că "acceptînd un risc putem, pe cînd refuzîndu-l riscăm";
- a respecta nevoia de consimțămînt ori de cîte ori liberul arbitru al bolnavului nu e abolit și invers, a-l obține de la familie sau chiar a-l încălca în stări de necesitate ce pun în pericol viața și sănătatea;

Consimțămîntul luat cu ocazia transplantării primei inimi artificiale (30.XI.1982):

"Sînt complet de acord și autorizez pe medicul meu cu implantarea experimentală a unui sistem de inimă artificială. Știu că ventriculii mei (de două ori mai mari decît ai unei inimi normale cu 4 camere) vor fi extrași și că un sistem de inimă mecanică va fi plasată în pieptul meu în spațiul ocupat inițial de inima mea naturală și că acest sistem mecanic îmi va fi racordat la un mecanism pneumatic prin două tuburi de plastic lungi de 8 picioare, care va asigura circulația sîngelui în corpul meu.

Sînt, de asemenea, de acord că stilul meu de viață va fi diferit cu o inimă artificială. Activitatea mea va fi sever limitată din cauza asigurării cu aer, dar aceste aparate îmi vor permite mișcarea de la o cameră la alta și pentru o scurtă perioadă voi putea să le părăsesc pentru a merge în mașină, aceasta dacă voi fi capabil să-mi transport propriul sistem extern de activare a inimii artificiale. De asemenea, înțeleg că o parte din funcțiile mele vitale se vor desfășura în condiții normale: mîncatul, cititul, scrisul...

Am fost, de asemenea, informat de riscurile substanțiale ale chirurgiei cardio-vasculare, ale anesteziei generale, cît și ale altor posibilități ce se pot ivi în timpul actului operator ca rezultat al implantării inimii artificiale, care pot provoca o serie de complicații ca moartea sau altele:

a. embolii care pot provoca accidente vasculare cerebrale, afectarea renală, hepatică, pulmonară, intestinală sau leziuni parțiale ale altor organe;
b. malfuncția sau insuficiența mecanică a inimii artificiale;
c. infecția din sîngele meu sau cea din liniile de legătură sau din însăși inima artificială;
d. hemoragia rezultată din acțiunea inimii artificiale sau din altele;
e. leziuni în globulele roșii (care transportă oxigenul), trombocite, leucocite;
f. hemoragii interne date de deficitele mecanismelor de coagulare secundare inimii artificiale;
g. pneumotorax, adică aer în cavitatea toracică, din care pot rezulta dificultăți de respirație datorită tuburilor implantate în pieptul meu.

Din cauză că este o procedură experimentală de mare dificultate, sînt de acord și cu alte complicații care pot surveni și care nu sînt previzibile.

Sînt sigur că viața mea nu va putea continua cu inima mea naturală insuficientă, dar implantarea unei inimi artificiale totale nu este o garanție a prelungirii vieții mele, de fapt ea poate să-mi scurteze viața."

- numai conştiinţa medicului trebuie să ghideze informarea, deci consimţământul bolnavului, şi să domine ignoranţa acestuia.

În ceea ce priveşte **procedura luării consimţământului**, codurile deontologice prevăd următoarele alternative:

- Dacă bolnavul este conştient, el va trebui să-şi dea consimţământul;
- Dacă bolnavul nu este conştient, consimţământul se va obţine de la familie;
- Dacă familia nu este accesibilă şi o intervenţie se impune de necesitate, o comisie medicală va hotărî şi suplini acest consimţământ;
- Dacă nici o comisie de medici nu este la îndemînă şi pericolul este grav, medicul va hotărî în baza conştiinţei sale.

Obţinerea consimţământului recunoaşte următoarele situaţii medicale:

În stări de necesitate, de urgenţă (come, tentative de suicid, boli venerice, boli contagioase, vaccinare, stări de periculozitate psihică sau nevoia de a extinde o operaţie şi bolnavul este sub anestezie), fiind vorba de un conflict între două valori (riscul pentru viaţa proprie sau a anturajului şi dificultatea obţinerii consimţământului), consimţământul se va sacrifica. Este firesc acest lucru deoarece în "iminenţa unui accident aviatic, pilotul nu se consultă cu pasagerii asupra celor ce are de făcut pentru a evita accidentul".

În situaţia *procedurilor medicale riscante,* cu riscuri ce pot veni de la boală, de la bolnav, de la medicament sau chiar de la medic (de ex. operaţii riscante, explorări riscante, insuficienţa pregătirii

sau depăşirea competenţei etc.), medicul şi chiar bolnavul trebuie să-şi asume riscul, ştiut fiind că progresul propriu şi cel general s-a realizat şi prin aptitudinea noastră tehnică de a face riscurile din ce în ce mai previzibile. Cum riscurile sînt previzibile (pentru care consimţămîntul este obligatoriu) şi imprevizibile, cîteva reguli obligă:

- să se evalueze cît mai adecvat eventualele riscuri, pentru ca bolnavul să ofere un consimţămînt explicit (expres);
- să se accepte riscurile şi deci să nu se eludeze cazurile grele, în condiţiile evitării depersonalizării relaţiei medic-bolnav;
- să se facă o posologie corectă a riscului, între frica şi temeritatea medicului fiind necesară o evaluare cît mai ştiinţifică a riscului, după criteriile:
  - » need versus risk (nevoia înaintea riscului);
  - » după testul balanţei, adică al evaluării raportului risc/beneficiu, în sensul de a tenta maximum de beneficii cu minimum de riscuri;
  - » după principiul lui Hamburger şi anume, de a accepta riscul minor pentru a înlătura riscul major (a accepta o infirmitate oarecare pentru salvarea vieţii bolnavului).

În situaţiile medicale ce privesc acte comune, elementare (injecţii, incizii etc.), consimţămîntul este implicit prin adresarea la medic, este deci tacit şi prezumat (subînţeles).

Condiţiile aplicabilităţii practice a consimţămîntului se particularizează funcţie de fiecare specialitate.

"Scrisoarea unui bolnav anonim" către spitalul în care urma a se interna:

"Dacă va trebui să fiu operat, chirurgul să fie tot atît de abil tehnician pe cît este de savant. Faceţi ca în seara precedentă operaţiei, el să se fi culcat devreme şi să nu fi petrecut prea mult. Din organele mele pereche, dacă piciorul stîng va trebui să fie amputat, atunci acela să fie şi nu celălalt, din eroare.

Dacă transfuzia este indispensabilă, să mi se administreze un sînge compatibil, care să provină de la un donator fără virusul SIDA şi fără virusul hepatitic. Păziţi-mă de asemenea de transfuzii inutile şi nocive. Păziţi-mă să nu fiu victima erorii de dozaj a unui medicament, consecinţa nefericită a unei scrieri hieroglifice. Faceţi ca radiografiile mele să fie făcute şi interpretate de un radiolog calificat şi competent sau, în lipsă, să aibă bunul simţ de a consulta un coleg. Dacă voi avea cancer, faceţi ca acesta să fie descoperit de la început şi nu la sfîrşit de evoluţie. Ar fi mai bine. Dacă voi deveni candidat la chimioterapie, faceţi orice este posibil pentru binele meu şi să nu intru într-un protocol care se va dovedi depăşit, ineficace sau periculos, cîteva săptămîni mai tîrziu. Dacă voi fi muribund, faceţi ca să scap de acel tratament eroic care ar fi instituit numai pentru a convinge opinia publică că totul a fost încercat".

În **chirurgie**, în stări de necesitate, se poate renunţa la solicitarea consimţămîntului (salvarea unei valori mai mari prin sacrificarea unei valori mai mici). În intervenţii riscante pe bolnav conştient, se va obţine consimţămîntul după o adecvată posologie a riscului.

În **chirurgia estetică**, consimţămîntul va fi întotdeauna clar.

În restul activităților chirurgicale, consimțământul se obține după modelul din fișa utilizată de unele spitale, prin care se stipulează:

'Eu, susnumitul..... înainte de a mă supune intervenției chirurgicale pentru care medicul meu estimează de a fi de maniera următoare.... dau aici autorizația medicului meu de a proceda la această intervenție și jur că dau consimțământul meu informat, pe baza informațiilor următoare:

- *procedura chirurgicală este următoarea:....;*
- *complicațiile posibile sînt următoarele:*
  - » *o arteră mare poate fi secționată și poate sîngera și provoca moartea;*
  - » *o venă mare poate fi secționată și eu pot sîngera și muri;*
  - » *un tub seminifer poate fi tăiat și eu pot deveni steril;*
  - » *arterele sau venele ce alimentează testicolul pot fi secționate cu același rezultat;*
  - » *un cheag se poate forma într-o gambă sau în ambele și să mă condamne la infirmitate, la pierderea gambei sau ambelor, sau să atingă pulmonul meu sau să compromită venele mele definitiv;*
  - » *eu pot fi victima unei infecții teribile care să mă omoare;*
  - » *operația poate impune o nouă intervenție;*
  - » *eu pot muri dacă se utilizează anestezia rahidiană;*

BCU IASI

» *un cheag se poate forma în venele ce se dilată cînd eu mă voi scula; ele pot atinge pulmonul meu și pot muri;*

- *eu pot muri ca urmare a anesteziei generale;*
- *eu pot aluneca în sala de baie a spitalului;*
- *eu pot fi călcat de autovehicule, mergînd de la spital;*
- *spitalul poate arde etc.'*

Alte prevederi ale acestei fișe privesc aderențele posibile, infectarea punctelor de sutură, electrocutarea cu ocazia radiografierii, asfixia prin explozia balonului de oxigen etc. Urmează semnăturile pacientului, avocatului pacientului, avocatului medicului, avocatului spitalului, avocatului anestezistului, a părinților și notarului.

În **chirurgia transplantelor**, Societatea internațională de transplante obligă la prelevarea din viață doar a țesuturilor, organele unice urmînd a fi prelevate după moarte. Ea solicită respectarea următoarelor obligații din partea *donatorului*, în situația prelevării de organe unice:

- consimțămîntul nu se va lua din viață, pentru a nu slăbi speranța bolnavului în posibilitățile medicinei;
- consimțamîntul se va lua de la familie, după decesul bolnavului (fapt justificat de nevoia ca moartea să slujească vieții);
- donarea nu se va face pecuniar ci exclusiv umanitar;
- momentul morții va fi stabilit, cu certitudine, de către echipe diferite, pentru a evita

forțarea diagnosticului de moarte și recoltarea de la muribunzi în loc de decedați.

Pentru *receptor* se impun următoarele reguli de respectat:

- transplantul se va efectua ca o stare de necesitate, deci ca un ultim mijloc de salvare a vieții;
- transplantul se va face numai în scop terapeutic, interesul de cercetare științifică fiind subjacent interesului terapeutic;
- se va face o adecvată posologie a riscului, după principiul: riscul transplantului trebuie să fie inferior riscului evoluției naturale a bolii.

În caz de transplante de țesuturi, o serie de obligații sînt valabile, în mod comun, pentru *donator și receptor*, astfel:

- avantajele la receptor vor fi inferioare (nu vor depăși) riscurilor la donatori;
- informarea lor va fi clară;
- se va face concomitent un examen psihiatrico-legal pentru a aprecia validitatea consimțămîntului;
- consimțămîntul se va da în scris;
- consimțămîntul se va da în fața unor echipe diferite.

În domeniul **experimentelor medicale** se cere:

- să existe o capacitate totală de consimțămînt și anume, persoana să fie conștientă și să înțeleagă finalitatea experimentului;
- consimțămîntul să fie explicit și nu implicit;

- informaţia explicită se va referi la natura experimentului, la durata sa, la scopul cercetării prin experiment, la procedura experimentului, la riscurile sale pentru sănătate şi la beneficiile sale pentru medicină;
- decizia luată trebuie să fie liberă şi neinfluenţată de fraudă, constrîngere, forţă fizică sau morală, dol etc.;
- consimţămîntul va fi luat de un medic terţ, de care bolnavul nu este dependent prin boala sau prin experimentul la care este supus;
- consimţămîntul va fi totdeauna scris (expres);
- medicul ce experimentează va fi competent în efectuarea experimentului.

În **medicina legală**, consimţămîntul pentru o consultaţie sau pentru o explorare se dă, de regulă, organului beneficiar, dar el va fi detaliat de medic. Medicina legală fiind o medicină a adevărului ştiinţific, regula este afirmarea adevărului în toate ocaziile. Se va ţine cont de dificultatea comunicării adevărului, aşa cum ar fi în domeniul vieţii sexuale (de ex. comunicarea adevărului la părinţi despre viaţa sexuală a copiilor), al sarcinii (în aceleaşi condiţii), al transmiterii unei boli venerice de către unul din soţi etc. În toate aceste situaţii, criteriul esenţial este acela al posesorului (beneficiarului) informaţiei (cui îi serveşte informaţia?), după o evaluare adecvată a riscurilor posibile. Aceleaşi probleme se pun în materie de filiaţie ilegitimă, de schimbare a sexului etc. cînd deşi, pentru evitarea unor riscuri, adevărul se poate disimula verbal, în

documentele oficiale scrise el trebuie consemnat veridic. Mai mult, în această specialitate, medicul are obligația afirmării inocenței din oficiu.

În **medicina cuplului**, pentru intervenții ce privesc coabitarea, procreerea etc., consimțământul ambilor parteneri este o regulă. În fecundarea artificială, în reproducerea asistată medical ce se face pe scară extinsă astăzi, consimțământul cuplului privește:

- donarea de gameți și embrioni;
- consimțământul la cercetări pe embrioni in vitro;
- consimțământul la tehnicile utilizate;
- consimțământul la riscurile, complicațiile și accidentele previzibile (de ex. la hiperstimularea ovariană ce poate provoca ascită, pleurezie, oligurie, anurie, ovare polichistice sau ca la implantarea oului în uter ce poate provoca sarcini ectopice, sarcini gemelare, malformații congenitale și cromozomiale, avort, complicații septice etc.);
- consimțământul se va da în urma evaluării șanselor statistice de a obține o sarcină și a șanselor ca ea să nu fie patologică.

Iată cum arată consimțământul la sterilizarea voluntară feminină:

'Subsemnata... dau acordul meu pentru o pierdere a capacității de procreere definitivă, după ce:

- *am primit o informație completă asupra diferitelor contraceptive ca și despre sterilizarea feminină;*
- *mi s-au prezentat diferitele tehnici de sterilizare feminină și anume de obstrucție a trom-*

pelor ce implică laparotomia și care este o adevărată operație chirurgicală sub anestezie, cu riscurile inerente anesteziei generale și chirurgiei abdominale;

- *mi s-au făcut cunoscute și riscurile de eșec ale metodei, indiferent de tehnică, riscuri ce se pot solda cu o sarcină intra- sau extrauterină, risc de 0,5% după statisticile mondiale.*

Accept caracterul definitiv al sterilizării, deoarece o repermeabilizare a trompei nu este decît ipotetică.

Am luat cunoștință de tehnicile utilizate ca și de avantajele și inconvenientele sale, știind că dificultățile tehnice sau contraindicațiile descoperite în cursul intervenției nu pot impune abstenția operatorului.

Astfel, dau consimțămîntul meu liber exprimat, după un interval de reflecție necesar.

Sîntem de comun acord: soția, soțul, medicul și avocatul."

În ceea ce privește **utilizarea corpului uman ca mijloc de probă**, obținerea consimțămîntului este tot atît, dacă nu mai necesară, dreptul asupra corpului fiind absolut. Chiar atunci cînd legea recomandă, consimțămîntul subiectului este absolut necesar. Refuzul poate fi justificat de faptul că propriul corp nu poate fi o probă contra lui, contra ta însuți.

În **accidentele medicamentoase previzibile**, acest consimțămînt este, de asemenea, util, este un drept al bolnavului și nu o acoperire a răspunderii medicului.

Forma prin care se ia consimțămîntul poate fi:

- orală, totdeauna în prezenţa altui medic sau a personalului medical;
- scrisă, obligatoriu scrisă în unele ţări (de ex.U.S.A.);
- prin înregistrare video;
- cu martori din afara unităţilor medicale şi personalului medical.

Dacă un bolnav conştient refuză o intervenţie, în mod obtuz şi perseverent, unele cazuri de deontologie prevăd nevoia semnăturii de refuz a bolnavului (în foaia de observaţie, în care se include şi prezentarea riscurilor refuzului). În practică, aceste situaţii sînt însă excepţionale.

În concluzie, nerespectarea dreptului la informare al bolnavului poate crea probleme de conştiinţă şi de responsabilitate oricărui medic. Pentru profilaxia unor atari incriminări, se impune ca evidenţele medicale să ateste în mod cert că:

- actul medical întreprins a fost indicat;
- acest act a fost corect executat, din punct de vedere tehnic;
- el a fost făcut de o persoană calificată;
- bolnavul a fost informat despre riscurile previzibile;
- pe tot parcursul acestei proceduri, s-a menajat psihologia bolnavului, pentru a evita angoasele.

În condiţiile mai sus expuse, consimţămîntul nu va descărca pe medic de răspundere pentru riscurile previzibile şi neanunţate, fiind cunoscute situaţiile cînd acelaşi medic a fost condamnat pentru că nu a comunicat diagnosticul de malignitate, iar a doua oară, cînd i-a comunicat şi

bolnavul nu a consimțit la intervenție, s-a sinucis acuzînd pe medic.

Pentru a evita astfel de situații dilematice și dramatice, Parlamentul European obligă pe medic ca respectarea dreptului bolnavului la informare prin consimțămînt să fie expresia codeciziei medic-bolnav în ceea ce privește diagnosticul, tratamentul și prognosticul suferinței bolnavului. Medicul are obligația de a respecta dreptul suveran al bolnavului asupra corpului său, de aceea, consimțămîntul conjugă libertatea și dreptul bolnavului la informare cu obligația și dreptul medicului de a îngriji și trata.

Este însă clar că o practică medicală bună nu are nevoie de o prevenire minuțioasă și de o acoperire a medicului prin consimțămînt, după cum un conformism riguros în luarea consimțămîntului poate duce la practicarea unei medicini dificile și inumane. Informarea detaliată nu este accesibilă totdeauna nici medicului (în ceea ce privește riscurile eventuale) după cum aceeași detaliere riscă angoasa și refuzul. Consimțămîntul trebuie să fie un echilibru între dreptul bolnavului la informare și atitudinea de loialitate a medicului, fiind adaptat personalității bolnavului și vizînd numai beneficiul acestuia. Medicul are obligația de a oferi bolnavului *o informare simplă, aproximativă, inteligibilă și loială*, a oferi o idee rezonabilă, sub aspect moral și științific, care să permită bolnavului a lua o decizie. Claritatea consimțămîntului, pretinsă de juriști, exprimă, în esență, încrederea bolnavului în medic, iar întinderea consimțămîntului va depinde întotdeauna de gravitatea bolii, de posibilitatea medicului de a cunoaște riscurile sale, de starea psihică a bolnavului, de caracterul de urgență al

bolii etc. Medicul trebuie să dea încredere în actul medical, să convingă că "acceptînd putem, pe cînd refuzînd riscăm" şi că deopotrivă, medicul şi bolnavul trebuie să facă tot ceea ce este necesar pentru reuşita actului medical.

Iată de ce, consimţămîntul, în raport de personalitatea bolnavului, implică loialitate şi nu ipocrizie profesională iar claritatea sa, departe de a exclude îndoiala carteziană, se afirmă întotdeauna într-un context psihologic. Consimţămîntul informat implică deci, în măsura posibilului, respectul "sanctităţii vieţii" şi a voinţei bolnavului.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITARA

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

DEONTOLOGIA CONFIDENȚEI MEDICALE SECRETUL MEDICAL

Secretul medical, ca și multe alte categorii deontologice medicale, este, deseori, expresia unei antinomii:

- pe de o parte, relația medic-bolnav, relație autentic umană ce obligă la respectul bolnavului și deci la confidență, încălcarea acestui drept putînd fi considerată un abuz de încredere profesională;
- pe de altă parte, legile juridice, deși recunosc secretul medical, îl limitează pînă la confidența despre boală și prognosticul său.

Mai mult, a spune adevărul rezultă din funcția științifică a medicinei deoarece, totdeauna, cunoscînd putem, iar a tăcea rezultă din coordonatele psihologice ale medicinei, în scopul menajării psihice a bolnavului.

Imperativele medicinei actuale privind secretul medical se rezumă la următoarele coordonate:

- nevoia de competență a medicului, căci, deseori, puterea medicinei obligă

"Cînd religia este puternică și știința slabă, oamenii confundau magia cu medicina. Azi, cînd știința este puternică și religia slabă, oamenii confundă medicina cu magia."

T. Szasz

Este cunoscută riposta medicilor francezi la un edict, din 1600, care obliga la declararea de către chirurgi a bolnavilor lezaţi în duel. Mai tîrziu, celebrul chirurg Dupuytren afirma că, pentru medic, aceşti răniţi sînt nişte bolnavi şi nu revoluţionari.

la discreţie şi menajarea bolnavului;

- conştiinciozitatea medicului se reflectă în faptul că secretul medical devine mărturie autentică a unei relaţii stenice medic-bolnav;
- obligaţia de empatie a medicului justifică disimularea gravităţii bolii, speranţa fiind instinctuală şi nimeni neputînd-o amputa. S-a spus, pe bună dreptate, că infernul începe acolo unde nu mai este speranţă. Numai prin speranţă omul poate trăi în viitor;
- dreptul la sănătate obligă la respectarea integrală a drepturilor bolnavului şi, în orice coliziune de interese dintre individ şi colectivitate, nevoia unui raport util între risc şi beneficiu trebuie să determine la valorizarea socială a drepturilor individuale. De aici înclinaţia firească a medicului către discreţie (către secret), impactul bioetic dintre atari interese (de ex. publicizarea celor SIDA pozitivi) obligînd ca, în condiţiile perspectivelor normative, medicul să ştie să rămînă un aducător de speranţe.

Evoluţia istorică a secretului medical s-a făcut paralel cu evoluţia medicinei, de la exercitarea sa sacerdotală la cea liberală.

Marele medic legist Brouardel, care a influențat și medicina legală de la noi, era adeptul secretului absolut chiar și în secolul XIX, cînd spunea că medicul nu trebuie să declare cazurile de TBC, lues sau sarcină (mai ales extraconjugală), să nu spună nici părinților că un copil are o boală venerică și mai mult, să nu denunțe agresorul, recomandînd a face tot ce se poate pentru evitarea condamnării unui inocent, dar fără a denunța pe vinovat dacă acesta i s-a destăinuit. El recomanda a nu destăinui secretul nici atunci cînd medicul e solicitat de justiție de aceea, certificatul medical se va da numai în mîna bolnavului. Efectul acestui punct de vedere a fost, printre altele, și înființarea unor tribunale speciale de judecare a crimelor prin otrăvire, consecutiv nedeclarării lor de către medici. Brouardel și elevii săi susțineau că nici după moarte secretul încredințat nu poate fi divulgat căci, altfel, practica medicală (fără secret) ar fi similară unei medicine veterinare, inumane. El recomanda medicului, în fața unui secret încredințat, "a deschide ochii, a astupa urechile și a închide gura".

Acest fapt a făcut ca secretul medical să evolueze de la climatul de morală închisă la cel de morală deschisă, de la înțelegerea sa ca un drept natural, ce admite hazardul, la un drept bazat pe voință, ce implică culpa umană. În virtutea acestei evoluții, securitatea individuală s-a închis din ce în ce mai pregnant în securitatea colectivă, societatea căutînd un echilibru între drepturile individuale și drepturile sociale și în domeniul secretului medical. Consecutiv, de la un secret erga omnes (obligatoriu pentru tot ceea ce medicul ia cunoștință de la un bolnav - chiar dacă este autorul unui omor), astăzi, secretul medical a devenit un drept la discreție privind boala și prognosticul său, nevoile sociale limitînd la maximum acest secret absolut.

În perioada secretului absolut, actul medical era considerat un act sacerdotal şi de aceea, secretul nu se putea încredinţa decît lui Dumnezeu. Este cunoscut cazul preotului ce a suportat condamnarea la moarte dar nu a divulgat autorităţilor pe autorul real ce i s-a spovedit. Mutatis mutandis, secretul medical era considerat ca o obligaţie religioasă privind păstrarea sa.

În perioada medicinei hipocratice, acesta recomanda medicilor "a nu vorbi despre ceea ce va vedea sau auzi, dacă nu e nevoie de a destăinui". Păstrarea tainei (dar cu unele limitări ce deja apar) era o datorie.

În *Digestele lui Justinian*, ca o consacrare de drept a acestui principiu deontologic, se prevede acelaşi lucru.

În ţările Europei, în secolele XVIII şi XIX, se consacră conduita că medicul are obligaţia de a îngriji şi de a nu fi delator, că singur bolnavul este stăpînul secretului şi orice violare a sa ar fi un abuz de autoritate profesională. De aceea, un certificat de vătămare, prin lege, se elibera numai victimei, medicul avînd la dispoziţie dreptul de a se recuza (de a refuza şi de a se abţine) ori de cîte ori se solicita a fi martorul unei constatări făcute propris sensibus. În timpul ocupaţiei naziste, se susţinea că medicul "trebuie să trateze şi nu să raporteze" partizanii pe care i-a tratat.

Aceste conduite deontologice au fost consacrate judiciar:

- nu a putut fi condamnat un medic ce a întrerupt sarcina unei minore şi a păstrat secretul;
- nu a putut fi condamnat un medic ce a luat cunoştinţă despre o sarcină consecutivă

"Medicii, chirurgii şi alte persoane implicate în asistenţa sanitară precum şi farmaciştii, infirmierele şi toate celelalte persoane depozitare, prin statut sau profesie sau prin funcţii temporare sau permanente, de secrete care le-au fost încredinţate în virtutea funcţiilor lor, care, în afara cazurilor cînd legea îi obligă sau îi autorizează a publiciza faptele, dacă le vor face cunoscute vor fi pedepsiţi cu închisoare de la 1 lună la 6 luni şi cu amendă."

Art. 378, . Codul penal francez

unui adulter şi nu a divulgat secretul soţului etc.

Per a contrario, justiţia a creat şi victime ale secretului absolut, aşa cum a fost c o n d a m n a r e a doctorului Watelet care, acuzat în presă de tratamentul incorect al pictorului Lepage (ce apoi a murit), pentru a se apăra a destăinuit public că pictorul suferea de cancer. Se cunosc apoi alte condamnări medicale pentru publicizarea, la terţe persoane, a sarcinii sau a avortului după un adulter (mai ales în Anglia), iar chirurgul Delpech a fost victima unui tînăr, deoarece, a destăinuit viitoarei soţii că acest tînăr nu va putea avea copii (motiv pentru care tînăra s-a desistat de la căsătorie).

Într-o etapă ulterioară, secretul medical absolut a început să fie limitat în mod progresiv, fapt susţinut şi argumentat doctrinar de către jurişti, care motivau acest lucru prin:

- nevoile de ordine publică;
- nevoile de asigurări sociale (unde secretul nu mai putea fi păstrat);

- nevoia declarării naşterilor, sarcinii sau agresiunii (pentru evitarea condamnării unui inocent);
- nevoia de sănătate publică (declararea bolilor contagioase, TBC sau sifilis), în scopul evitării extinderii lor;
- nevoia evitării periculozităţii bolnavului psihic pentru anturaj;
- nevoi expertale, judiciare.

Ei susţineau teza că orice cetăţean are obligaţia de a destăinui un secret, din motive de interes public, cu atît mai mult un salariat de stat aşa cum este medicul.

Această poziţie doctrinară a fost consacrată, în medicină, de *Congresul de Medicină legală de la Bruxelles* din 1897. La acest congres s-a statuat deontologic că:

- secretul medical nu este absolut;
- atunci cînd medicul deţine un secret ce interesează justiţia, o va "informa că merge pe o cale falsă";
- medicul poate fi martor în justiţie numai dacă nu prejudiciază interesele bolnavului;
- în căsătorie, medicul ce cunoaşte afecţiunea unui soţ, chiar dacă va tace, va face eforturi "pentru a lămuri partenerii să nu se căsătorească";
- destăinuirea unei agresiuni face parte din dreptul la apărare al bolnavului;
- în munca de echipă, obligaţia de destăinuire a secretului devine colectivă.

Concluzia Congresului a fost că medicul este liber a destăinui un secret dar nu poate fi obligat la aceasta. Consacrarea acestui punct de vedere a

făcut-o Justiția și codurile penale ale multor țări, care au statuat că sacru (absolut) este doar secretul despre boală, medicul avînd obligația de a păstra secretul numai dacă legea nu obligă la destăinuire. Medicii ce s-au postat pe punctul de vedere al secretului absolut au devenit, de această dată, victime ale limitării secretului medical, așa cum a fost condamnarea unui medic ce a refuzat să confirme Tribunalului (în cadrul unui divorț) că soțul are lues.

La noi în țară, *Pravilele lui Matei Basarab și Vasile Lupu* consacrau principiul divulgării secretului din interese superioare. Într-o monografie, consacrată secretului medical, care începe cu un motto din Socrate ("este mai ușor să ții un cărbune aprins în gură decît să păstrezi un secret"), N. Minovici argumenta:

- adevărul și nu secretul trebuie să fie prietenul medicului (meritas magis amicae), datoria medicului trebuind a fi privită prin prisma intereselor sociale, atît timp cît medicul " nu este un confident ci un reprezentant al societății";
- progresul medical nu este posibil în condiții de secret medical fapt dovedit prin progresul epidemiologiei posibil numai prin declararea bolilor contagioase;
- tăinuirea ar putea duce, ca în dreptul vechi, la "condamnarea întregului sat", cînd autorul nu se divulgă.

Statuia pe care N. Minovici a plasat-o în curtea Institutului Medico-Legal din București reprezenta o femeie cu o lupă în mînă (simbol al căutării adevărului) și cu o eșarfă ce și-o ridica de pe față (simbol al destăinuirii acestui adevăr).

Secolul XX a multiplicat excepţiile de la obligativitatea păstrării secretului medical. Astfel:

- secretul medical se partajează cu auxiliarii actului medical şi chiar cu computerele şi informaticienii, deoarece secretul circulă nelimitat prin fişe, contabilităţi etc.;
- s-a introdus obligativitatea declarării avortului pentru că, în anumite perioade, avortul clandestin depăşea cu mult cifra naşterilor;
- se prevede obligativitatea declarării cazurilor de toxicomanie, alcoolism, prostituţie sau SIDA, din motive de sănătate publică;
- se atrage însă permanent atenţia ca violarea secretului medical să nu ducă cumva la practica unei medicini represive.

Astăzi, în **Anglia şi ţările din Commonwealth**, principiile practicii medicale ce privesc responsabilitatea actelor proprii, autonomia şi libertatea de acţiune a medicului, evitarea abuzului de putere profesională şi divulgarea secretului medical cu cauţiune au dus şi la stabilirea unei atitudini faţă de secretul medical. Se aplică regula utilităţii: chiar şi adevărul faţă de boală trebuie spus, destăinuit dacă acesta afectează demnitatea sau afacerile bolnavului (sub pretextul că, uneori, chiar comunicarea unui sfîrşit inexorabil determină uneori o "numărătoare inversă" şi o euforie terminală compensatorie).

În aceste condiţii, codurile deontologice din aceste ţări prevăd obligativitatea divulgării secretului medical cînd:

- o cere Statutul profesional, ca în caz de accidente, naşteri, decese, boli infecţioase, toxicomanii, boli venerice etc.;
- o cere legea, ca în caz de infracţiune;
- este necesar prevenirea unei crime, maltratarea copiilor etc.;
- este necesară evitarea unui risc public ca de ex. prevenirea unui accident public prin incapacitatea de a beneficia de drumul public (fapt supleat astăzi de aplicarea unor senzori iar la infractorii minori de "cătuşe electronice");
- divulgarea este autorizată de un comitet de etică;
- este vorba de cazuri de urgenţă ce se omologhează cu stările de necesitate;
- pacientul consimte, dar el are discernământ şi este prevenit despre consecinţele autorizării divulgării;
- o solicită un tribunal - divulgarea se va face în scris şi nu în public;
- este nevoie de efectuarea unei expertize - dar numai cu consimţământul bolnavului.

În ţările engleze, şi astăzi au mai fost victime ale secretului medical. Se cunoaşte condamnarea unui medic pentru nedivulgarea la părinţi a sarcinii sau avortului fiicei; a medicului lui Churchill ce a făcut publică boala acestuia chiar dacă divulgarea s-a făcut după moartea lui Churchill sau cazul Tarasof, al unui psiholog căruia bolnavul i-a destăinuit că îşi va ucide soţia şi acesta nu a prevenit crima prin divulgarea celor comunicate.

În ţările de limbă franceză există principiul după care medicul este singurul

depozitar al secretului medical, cu excepția prevederilor legale. Aici se consideră că secretul medical este limitat de natura lucrurilor sau de dreptul la discreție al bolnavului. În prima situație, se relatează obligativitatea divulgării de natură civilă (naștere, deces, sarcină la minore etc.), de natură publică (boli infecțioase) și de natură socială (accidente, boli profesionale etc.). În a doua situație, divulgarea se face după personalitatea bolnavului, avînd în vedere că personalitățile stenice acceptă comunicarea dar cele astenice nu o suportă, recomandîndu-se (în astfel de cazuri) a relata secretul bolii către familie, care are mai multe mijloace de comunicare sau de contenție. Nu trebuie uitat, în comunicarea unor diagnostice de incurabilitate, că suferința morală se suportă mai greu decît cea fizică.

Acest principiu este consacrat astăzi și de **Organizația Mondială a Sănătății** care, promovînd dreptul la sănătate, îl justifică prin nevoia sănătății pentru toți, după cum, sănătatea pentru toți, garantează și sănătatea individuală.

În condițiile noastre de lucru, codurile deontologice medicale consacră obligativitatea păstrării secretului medical și a sacrificării sale doar din rațiuni de interes general.

Codul penal pedepsește divulgarea secretului încredințat în virtutea profesiunii și obligă la divulgare (ce devine astfel licită) în caz de infracțiuni (indiferent de profesiune), cînd bolnavul a consimțit la divulgare și cînd nu-i aduce prejudicii. Legea sanitară limitează secretul medical în numele societății, justiției și părților (de ex. în contractarea unei căsătorii), cînd divulgarea devine licită. În orice alte cazuri, este consacrat principiul dreptului la discreție.

Remanențe și paradoxuri ale secretului medical

Cu toate reglementările actuale, se cunosc speţe judiciare contradictorii privind atitudinea faţă de secretul medical:

- un pilot a dat în judecată un medic pentru că a denunţat companiei incompatibilitatea sa profesională;
- un medic, bolnav psihic ce a făcut intervenţii chirurgicale urmate de deces, a atras răspunderea judiciară a psihiatrului ce a cunoscut boala sa şi nu a relatat-o;
- un epileptic ce conducea un vehicul şi a accidentat un om, a dat în judecată pe medic pentru că a păstrat secretul riscurilor bolii şi nu l-a oprit de la obţinerea permisului de conducere;
- un boxer, suferind de retinopatie, a acţionat pe medic în judecată pentru păstrarea secretului şi neexcluderea sa de la competiţia sportivă.

Secretul medical este încă înconjurat de dileme:

- Care poate fi atitudinea medicului în faţa apariţiei unui copil ilegitim într-un cuplu legitim?
- Care poate fi atitudinea medicului faţă de rezultatele eventuale ale solicitării explorării unei filiaţii biologice, în caz de nouă căsătorie sau de suspiciune privind această filiaţie?
- Cum va elibera un certificat de deces, prin care trebuie să păstreze secretul faţă de

părinți, al actului dur de suicid al unui copil?

- Ce atitudine trebuie să ia în fața insistenței de a cunoaște un donator necunoscut într-o inseminație artificială?
- Cît păstrează din secretul relatat despre o tulburare de dinamică sexuală, cînd acest partener dorește să contracteze o căsătorie?

În fața acestor dileme, diferite congrese medicale au oferit soluții concrete:

- Congresul de la Lisabona (1981) prevede că bolnavul are dreptul de a cere respectarea secretului medical;
- Congresul de la Veneția (1983) obligă medicul să protejeze bolnavul prin secret medical în situații de avort, sarcină;
- Asociația Medicală Mondială, în 1983, stipulează că "secretul este baza relației medic-bolnav, medicul fiind dator a garanta relația de confidență cu bolnavul, dreptul bolnavului la intimitate exprimă o protecție a vieții intime, este un drept al bolnavului și nu un privilegiu al medicului" și recomandă a nu se colabora cu o instituție socială dacă se încalcă independența medicului.

În realitate, în fața spiritului de solidaritate umană, asistăm astăzi la lunga agonie a secretului medical. Tezele rigoriste privind secretul medical cedează în fața celor laxiste, de conștiință suverană a medicului. În confruntarea cu nevoile sociale, secretul medical a pierdut și ultimul teren, el apărînd a fi perimat și pernicios pentru societate. Prin multiplicarea excepțiilor, secretul medical a devenit el însuși o excepție, din el rămînînd un

drept la discreție al bolnavului, drept la discreție impus de:

- **imperative etice**, cît timp funcția socială a medicinei obligă la violarea secretului. Faptul este motivat de considerentul că, deseori, confidența abuzivă poate limita libertatea și puterea profesională a medicului (de ex. în tratarea cancerului), poate fi nocivă relațiilor sociale (de ex. în vederea contractării unei căsătorii) și progresului medical (de ex. nerelatarea stărilor de ebrietate la volan poate crește riscul accidentării prin trafic). Sub aspect etic, în coliziuni de interese între individ și societate sau între doi indivizi, divulgarea secretului devine o necesitate; în rest, ori de cîte ori dreptul la discreție nu afectează o relație socială, el trebuind să fie respectat;
- **imperative psihologice** - relația autentică medic-bolnav obligă la respectarea sa deoarece, deseori, impactul cu adevărul poate duce la pierderea sensului vieții și la adevărate rupturi existențiale. Pentru aceasta, este nevoie ca medicul să cunoască reacția bolnavului la boală (reacție de rejet sau scotomizare cînd privește boala ca o pedeapsă, de sublimare cînd o valorizează uman și cultural sau de revoltă și refugiu în boală) pentru a adopta cea mai corectă atitudine de discreție sau nondiscreție.

Criteriologia deontologică și medico-legală privind secretul medical obligă la a lua în considerare că:

- secretul medical este limitat numai la un drept la confidenţă - în coliziuni de interese, secretul medical se sacrifică numai în numele unui interes superior;
- medicul nu este nici portar al unui secret absolut, nici violator al secretului medical - cînd ar putea fi acuzat de un abuz de autoritate profesională;
- medicul va evita, prin orice mijloace, condamnarea sau sancţionarea unui inocent;
- în faţa bolii şi a morţii, dreptul de a decide este un drept suveran al fiecărui om, drept pe care medicul trebuie să îl respecte;
- între secret (discreţie) şi divulgare, medicul trebuie să caute un echilibru prin :
  - » a sugera adevărul dar a nu suprima speranţa; (faptul că bolnavul iubeşte gîndul ce consolează înaintea adevărului ce lămureşte şi că preferă adevărul dar speră ca el să nu fie grav, constituie două paradigme în domeniu);
  - » a comunica bolnavului, numai atît cît este în interesul său şi al bolii;
  - » a avea în vedere că, totdeauna, conştiinţa pericolului trebuie să crească solidaritatea bolnavului cu medicul;
  - » suprimarea speranţei poate duce bolnavul la un impas existenţial;
  - » e necesar ca medicul să destăinuie adevărul, doar atît cît acesta consolează.

BCU IAŞI

Alte criterii pentru alegerea unei atitudini adecvate privesc:

- obligaţia ca, totdeauna, interesul salvat să fie superior riscului comunicării;
- speranţa oferită, pentru a fi activă, ştiinţifică şi optimistă, implică cooperarea medicului şi bolnavului, în scopul de a crea pacea sufletească a acestuia şi acordul său cu el însuşi;
- medicul trebuie să evite bănuielile în comunicarea unui prognostic, prin blîndeţea sa, prin tratamentul adecvat (sedativ) etc.;
- între secretul medical şi lejeritatea unei afirmaţii, medicul trebuie să respecte adevărul după criterii de bun simţ profesional şi de conştiinţă profesională.

Demnitatea omului constă în libertatea destinului său; cu un cuvînt se pot amputa toate speranţele omului, se poate ajunge la "bascularea omului în nefiinţă", se poate compromite acest destin liber asumat. Disperarea poate deveni tanatogeneratoare de aceea, "acolo unde există un suflu de viaţă trebuie să fie şi un suflu de speranţă".

Relaţia medic-bolnav, bazată pe încredere şi conştiinţă, este suverană şi în aceste împrejurări, ori de cîte ori scade încrederea în medic, creşte numărul spetelor medicale. Dezvăluirea realităţii medicale se impune astfel ca un act de mare experienţă medicală; relaţia medic-bolnav nu are norme absolute şi mai ales abstracte. Totul depinde de personalitatea bolnavului: dacă la unii adevărul se poate strecura, la alţii discreţia devine o virtute şi dreptul la confidenţă o necesitate. Dreptul la

discreție trebuie să întărească relația de încredere dintre medic și bolnav, indiscreția devenind un abuz al acestei încrederi. Nu trebuie niciodată uitat că gîndirea bolnavului este fragilă, la discreția temerii și ficțiunii. De aceea, relevarea adevărului trebuie făcută doar prin nevoia cooperării terapeutice și a controlării solitudinii bolnavului prin lamboul de speranță oferit, deoarece bolnavul nu este un obiect ci un subiect al practicii medicale.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY

RESPONSABILITATEA ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Responsabilitatea în asistența medicală de urgență

Urgențele medicale personalizează la maximum responsabilitatea medicului, conjugă responsabilitatea medicului cu actele sale deoarece, aici, nevoia promptitudinii terapeutice develope ază acut incompetența profesională.

Urgența este definită ca o stare de necesitate ce pune în pericol viața sau sănătatea. Din aceasta decurge și definiția etică a urgenței ca o stare de conștiință a medicului despre un pericol de viață sau sănătate. În aceste stări medicale, pericolul este prezumat deoarece nu se poate comenta și interpreta competența adresabilității care să permită medicului alegerea între a răspunde sau nu; apoi, pentru că se cunoaște frecvența evoluției fatale a cazurilor aparent minore. Datorită acestor argumente, urgența implică obligația de răspuns, indiferent de specialitatea medicului și de condițiile sale de lucru, obligație echivalată juridic cu datoria "de a da ajutor unei persoane în pericol" și care, pentru medic, se particularizează cu maximum de stridență. Per a contrario, lipsa de răspuns lasă descoperit, etic și juridic, pe medic. Mai mult, în calamități, accidente etc. codul de

"În toate timpurile, de inundații, incendii, foamete, epidemii, război, crime ori în cazuri de morți neașteptate, se va cere din partea dvs. să vă prezentați la datorie imediat, să plecați acolo imediat și să rămîneți la datorie pînă ce puterea fizică vă părăsește ori conștiința vă eliberează, oricît de lungă ar fi această perioadă. Aceasta este poziția voastră, acestea sînt cîteva din obligațiile voastre. Eu nu cred că vor putea fi mai ușoare. Ați auzit vreo legislație, care să limiteze munca, randamentul dvs.? Ați auzit de o lege de 8 ore pe zi pentru medic? Cunoașteți vreo schimbare în opinia publicului care să permită să nu asistați un pacient atunci cînd știți că acesta nu vă va putea plăti vreodată? Mă tem că nu cunoașteți așa ceva. Vi se cere să-i salvați pe ceilalți. Nu există nicăieri prevăzut că este necesar să vă salvați și pe voi înșivă".

R. Kipling - Cuvînt la deschiderea cursurilor Facultății de Medicină din Londra (1908)

deontologie obligă pe medic a-și oferi cunoștințele din proprie inițiativă.

Durata acordării asistenței de urgență ține pînă la dispariția oricărui pericol.

Criteriile aprecierii responsabilității medicale în caz de urgență se referă la:

- riscul anunțat și perceput definește datoria și obligația de răspuns, care devine absolută, indiferent de relatarea solicitantului, de îndoielile medicului (datoria de răspuns dominînd orice îndoială de conștiință) și indiferent de riscurile în fața cărora medicul se află (principiul lui Cardozzo). Acest principiu nu a fost modificat nici după asasinarea medicului sub pretextul chemării la o urgență;
- stările de necesitate, în care pericolul este actual, real și iminent, justifică intervenția medicului chiar fără consimțămîntul bolna-

vului - datoria de acţiune domină datoria de abţinere;

- chemarea medicului la două urgenţe deodată - permite selectarea gravităţii lor după relatările unei persoane fără cunoştinţe. Ca atare răspunsul la una din ele cu precădere, alegerea devine licită. La datorii de aceeaşi valoare, se acceptă preferinţa pentru cele cu obiectiv mai extins (mai grave), în faţa celorlalte. Această alegere apare justificată chiar dacă, în mod consecutiv, se comite o altă infracţiune;
- chemarea medicului din gardă rămîne la conştiinţa acestuia în ceea ce priveşte răspunsul. Obligaţia legală pe care o are medicul nu justifică incriminarea lipsei de răspuns. Această conştiinţă morală trebuie să-l asigure de lipsa de riscuri pentru bolnavii părăsiţi.

"Nu te regăseşti pe tine, nu eşti la adăpostul capriciilor hazardului, puternic şi fericit, decît în interiorul conştiinţei tale".

R. Kipling

Refuzul de a răspunde la o chemare de urgenţă poate fi calificat juridic ca un cumul de infracţiuni, de omisiune de a da ajutor unei persoane şi de refuz de serviciu legalmente datorat, şi apare ca o greşeală de tip res ibsa loquitur. Pierderea şansei face ca lipsa de răspuns să "vorbească de la sine despre greşeala medicului", incriminarea apropiindu-se astfel de o responsabilitate obiectivă (indiferent de intenţia sau culpa de a face rău).

Deontologia experimentului medical

Experimentul medical pune o serie de întrebări de ordin moral (individual sau social) la care bioetica este obligată a răspunde.

Din punct de vedere personal, medicul trebuie să răspundă:

- În care limite, un individ aparţinînd speciei umane poate fi expus procedeelor tehnice şi terapeutice care ar putea avea riscuri importante pentru integritatea fizică sau psihică sau chiar pentru existenţa sa?
- În care limite, o fiinţă umană poate fi utilizată, cu riscuri importante, ca un obiect de cercetare, ca un paleativ al neputinţei ştiinţei medicale?

Întrebările legate de morala socială au o gravitate mult mai mare deoarece ele sînt consecinţa unui dublu abandon:

- abandonarea criteriilor biologice ale individualităţii către Stat, care poate tolera sau chiar încuraja experimentul pe fiinţa umană;
- abandonarea criteriilor umaniste (nu numai de către medici dar şi de către filosoji şi juriştі) refuzîndu-se aprecierea gravităţii consecinţelor.

Acest dublu abandon poate conduce la încălcarea drepturilor naturale ale fiinţei umane şi la definirea individului ca un element de geometrie variabilă aflat la dispoziţia celor mai puternici.

Rezolvarea acestor dileme îşi găseşte răspuns în respectarea, cu maximă stricteţe, a principiilor generale de morală profesională.

Încercările terapeutice pe om pot fi de tipul *auto sau heteroexperimentelor.* Principiile ce stau la baza acceptării lor se referă la:

- nevoia de a nu sacrifica sănătatea unei persoane de dragul științei (respectarea principiului primum non nocere);
- nevoia de a da precădere intereselor umanitare înaintea celor științifice (după principiul primum humanitas asterum scientiae).

În raport de aceste principii, se preferă **autoexperimentul** pe care medicii l-au făcut cu generozitate pentru binele omenirii și științei, sacrificîndu-și chiar viața. Hunter diferențiază astfel luesul de gonoree, Kope valoarea terapeutică a digitoxinei, Mecinikov a etiologiei holerei, Simson a eficacității cloramfenicolului, Brown-Sequard a valorii extraselor de hormoni, Pirogoff a eficacității eterului, Forsman a verificat cateterul cardiac pe el însuși, Prohaska și-a injectat ricketsii și a dovedit caracterul infecțios al tifosului, Curie și-a autoexperimentat arsurile prin radiu, Minovici asfixiile mecanice și Marinescu a autoexperimentat muscalina, Bombard a arătat rolul medical al stress-ului în naufragii, ieșeanul Tzaicu a experimentat anestezia locală efectuîndu-și apendicectomia sau cura herniei pe propriul său corp etc.

Heteroexperimentul se face la cerere și numai după aprobarea Academiei de Științe Medicale și a Ministerului Sănătății. Altfel, orice heteroexperiment poate fi abuziv și fraudulos, prin încălcarea drepturilor și libertăților persoanei, prin calificarea sa ca un abuz profesional, deoarece

știința trebuie să fie eficace fără a fi agresivă. În aceste condiții, heteroexperimentul a rezolvat probleme cruciale pentru sănătatea omenirii, dacă nu ar fi să amintim decît rezultatele ingineriei genetice și a descoperirii etiologiei SIDA, succesele vaccinării, aplicarea amprentei genetice etc. Valoarea heteroexperimentelor s-a relevat și prin aplicarea unor subtile achiziții utile, așa cum ar fi controlul comportamentului prin computer (prin aplicarea de senzori sub piele și sesizarea iminenței unui furt sau a urcării la volan sub influența alcoolului). Unele din aceste rezultate sînt încă mult comentate, deoarece supravegherea individului poate încălca dreptul la intimitate al unei persoane.

Principiile ce stau la baza experimentelor pe om s-au structurat, pentru prima dată, în *Declarația de la Nurenberg* (1946):

'Protagoniștii experimentelor pe oameni și-au justificat acțiunea spunînd că de experiențe profită omenirea și că ar fi fost imposibil să se obțină aceleași rezultate cu alte mijloace. Dar toți sînt de acord că trebuie să fie respectate cîteva principii fundamentale, pentru a satisface concepțiile morale, etice și legale.

1. Consimțămîntul voluntar al subiectului experienței este absolut esențial. Aceasta înseamnă ca persoana interesată să se poată bucura de o capacitate totală de consimțămînt, că el trebuie să fie lăsat liber să decidă, în afară de orice intervenție străină prin forță, fraudă, constrîngere, înșelătorie sau alte procedee de înșelătorie sau coerciție. Trebuie, de asemenea, ca persoanei să i se explice tot ansamblul experienței ce va fi practicată asupra sa. În sfîrșit, să fie capabilă să înțeleagă efectul deciziei sale. Înainte ca subiectul să accepte, trebuie deci informat exact asupra naturii,

Penicilina administrată neștiințific alergizează 6% din populație, deține locul IV în mortalitatea prin accidente medicamentoase. După Ivan Ilici, anual, apar 15.000 medicamente noi, din care doar 3% utile. S-a impus curentul farmacovigilenței, cu scop de a evita aceste riscuri și boli iatrogene.

duratei și scopului experienței ca și asupra metodelor și mijloacelor întrebuințate, a pericolelor și riscurilor conținute și a consecințelor pentru sănătatea sau persoana sa, ce pot rezulta din participarea la această experiență. Obligația și responsabilitatea de a aprecia condițiile în care subiectul își dă consimțământul revin persoanei care are inițiativa și conducerea experiențelor sau care le execută. Această obligație și această responsabilitate incumbă acestei persoane, care nu le poate transmite altuia, fără a fi urmărită.

2. Experiența trebuie să aibă rezultate practice pentru omenire, imposibil a fi obținute prin alte mijloace; ea trebuie să fie practicată cu o metodă bine definită și să fie impusă de necesitate.

3. Fundamentele experienței trebuie să se bazeze pe rezultatul experiențelor anterioare asupra animalelor și pe cunoașterea genezei bolilor sau a problemelor în studiu, care să justifice rezultatele așteptate și efectuarea experimentului.

4. Experiența trebuie să fie practicată în așa fel încît să evite suferințele și prejudiciul fizic și mental.

5. Experiența nu trebuie să fie efectuată dacă există, a priori, bănuiala că ea poate cauza moartea sau invaliditatea subiectului, cu excepția cazului în care medicii care fac cercetarea se oferă să fie subiecți ai experienței.

6. Riscurile nu trebuie niciodată să depășească valoarea pentru umanitate.

7. Trebuie să se facă totul ca persoanei supuse experienței să nu i se provoace răniri, invaliditate sau moarte.

8. Experiențele nu trebuie să fie efectuate decît de persoane calificate. Maximă aptitudine și extremă atenție sînt cerute, în cursul experienței, celor care o efectuează sau participă la ea.

9. Subiectul trebuie să poată întrerupe experiența dacă consideră că a ajuns la capătul rezistenței fizice sau psihice.

10. Omul de știință, responsabil de experiență, trebuie să fie gata să o întrerupă, în orice moment, dacă există un motiv să se presupună că dacă experiența va continua, va provoca rănirea, invaliditatea sau moartea subiectului.'

Ulterior, acest cod a fost completat cu alte prevederi, printre care:

- a evaluării beneficiilor obținute;
- a confidenței rezultatelor;
- a compensării vătămărilor eventuale;
- al faptului că executarea unui ordin ilegal de către medic nu-l disculpă pe acesta.

Regulile stabilite la Helsinki (1964) au clasificat experimentele în:

- experimente pe om,
- experimente în scop de cercetare,
- experimente în scop de îngrijire (terapeutice).

Ele au completat regulile de la Nurenberg cu:

- obligativitatea informării despre beneficiile obținute,

- confidența rezultatelor,
- compensarea eventualelor vătămări produse,
- nedisculparea medicului ce se justifică că a executat un ordin, cînd acesta era împotriva mesajelor medicinei.

Principiile ce stau la baza codului de la Helsinki sînt:

- medicul este un gardian al sănătății, a cărui datorie primordială este de a proteja viața, de unde decurge obligația de a da întîietate beneficiilor aduse umanității și apoi progresului științific, scopul, mesajul principal al medicinei fiind acela de a vindeca;
- consimțămîntul scris după o informare clară și exhaustivă;
- publicărea exactă a datelor obținute.

În acest mod, cele două documente promovează un decalog de principii și anume:

1. Obligația de informare asupra riscurilor și de obținere a consimțămîntului.
2. Experimentul să se impună ca o stare de necesitate ce nu se poate rezolva pe altă cale.
3. Experimentul pe om să fie precedat de cercetări pe animale.
4. Să se evite suferințele și vătămările inutile.
5. Riscul experimentului să nu depășească pe cel al beneficiului scontat.
6. Medicul ce-l aplică să fie calificat.
7. Subiectul să aibă oricînd posibilitatea de a întrerupe experimentul.
8. Scopul să fie exclusiv umanitar și nu pecuniar.
9. Beneficiul științific al experimentului să fie secundar (subsecvent) beneficiului terapeutic.

10. Se prohibă experimentele cu risc vital sau cu riscul producerii de invalidităţi.

Congresul de la Sidney (1968) adaugă principiile stabilirii momentului morţii.

Conferinţa de la Tokio (1975) adaugă că, în experimente, medicul nu este exonerat de răspunderea conformă legilor ţării sale şi obligă la adoptarea unui protocol de experiment ce va include scopul său, metodele de a-l atinge etc.

Conferinţa de la Oslo (1975) introduce respectul absolut pentru viaţă în efectuarea avortului terapeutic, considerînd că acesta este justificat în situaţia conflictelor de interese privind sănătatea şi viaţa mamei cu nevoia menţinerii sarcinii. Decizia de avort terapeutic trebuie aprobată de 2 medici, cu efectuarea sa obligatorie numai în spital. Mai mult, Conferinţa obligă, în prealabil, la a da sfaturi, a aştepta două săptămîni şi apoi a efectua un avort la cerere.

Congresul din Haway (1977) s-a referit la experimentele pe bolnavi psihici condamnînd psihiatrizarea pe motive politice din gulagurile sovietice şi obligînd la respectul absolut al bolnavului psihic, la nevoia contactului cu terţe persoane atunci cînd tratamentul e necesar dar bolnavul îl refuză, în condiţiile respectului final al independenţei bolnavului. Medicul va evita pe orice cale a viola drepturile umane (de ex. de a efectua o alimentaţie artificială pe care bolnavul o refuză) şi va păstra anonimatul bolii.

Întîlnirea experţilor în deontologie de la Manila (1981) introduce dreptul informării comunitare despre experimentele efectuate, mai ales în ţările subdezvoltate unde consimţămîntul şefului de comunitate devine absolut necesar.

Mai recent, organismele de specialitate O.N.U. introduc obligativitatea îngrijirii și protecției prizonierilor, a asistării tuturor răniților în război, al refuzului de a fi complice la torturi, nici chiar prin interogatorii, al neparticipării medicilor la aplicarea pedepsei capitale și a neforțării voinței persoanei în stare de grevă a foamei.

Mai mult, Societatea pentru drepturile omului interzice experimentele pe bolnavi psihici, pe minori sau pe condamnații la moarte.

Cu toate reglementările, abuzurile nu au lipsit în domeniul experimentelor medicale pe om.

Astfel, o mamă din hight society, înainte de a-și vaccina copilul, a obligat pe medic a experimenta vaccinul pe 6 condamnați la moarte și 6 orfani. Cateterul cardiac, înainte de a fi experimentat de Forsman pe propriul corp, a fost experimentat pe 60 muribunzi de cancer și pe 16 copii, înregistrîndu-se o mortalitate de 60%. Naziștii au făcut adevărate crime de genocid, exterminînd etnii întregi prin experimente inumane făcute în lagărele de concentrare. Tehnologia reproducerii artificiale, fabricarea anticoncepționalelor (contracepția fiind considerată cel mai mare experiment pe om, cunoscut în istorie) etc. constituie alte exemplu.

În concluzie, uneori "este greu de cîntărit cît și ce trebuie să jertfim pentru un spor de cîștig" (Goethe). Experimentele lui Jenner, ale lui Pasteur, privind vaccinarea antivariolică sau antirabică, ce au avut un caracter intuitiv-științific, au adus beneficii enorme omenirii prin eradicarea bolilor infecțioase, deși ele nu s-au făcut după regulile de azi, dar au respectat principiul major după care numai interesul umanitar trebuie să justifice interesul științific.

Plecînd de la faptul că nu există boli ci bolnavi, fiecare tratament poate fi considerat, în mic, un

experiment, mai ales în tratamentele noi ce pot expune la riscuri nejustificate şi inutile. Numai cu conştiinţa acestui fapt se poate asigura respectul absolut pentru om, care este scop şi nu mijloc. De aceea, în domeniu, biologia cedează umanismului, interesul umanitar fiind plasat întotdeauna înaintea intereselor ştiinţifice sau sociale.

Deontologia investigaţiei ştiinţifice

Investigaţiile ştiinţifice se pot clasifica în obligatorii, comune şi în particulare (riscante).

Criteriile efectuării unor astfel de investigaţii obligă la respectarea următoarelor principii etotehnice:

- examenul clinic rămîne faptul esenţial, terminal şi capital al oricărei investigaţii complementare;
- examenul clinic indică necesitatea unei investigaţii;
- examenele complementare se vor utiliza (stratifica) de la cele simple către cele complexe, evitînd expunerile la riscuri inutile, dacă stabilirea diagnosticului nu o cere ("într-o muscă nu se trage cu tunul").

Deontologia evaluării riscurilor terapeutice

Riscurile terapeutice, pe lîngă faptul că pot pune în pericol viaţa bolnavului prin accidente de intoleranţă medicamentoasă, creează şi adevărate boli iatrogene, consecutive administrării medicamentelor, intervenţiilor chirurgicale (de ex. transmiterea tetanosului) sau procedurilor de reanimare (de ex. infecţiile micotice secundare).

Accidentele terapeutice se produc prin supradozare (adevărate intoxicații), prin intoleranță de tip A (țin de medic și medicament) și ca atare nu pot fi previzibile și de tip B (țin de reactivitatea bolnavului) și sînt imprevizibile. Acestea din urmă pot fi de origine neimunitară (prin sensibilizare deci cîștigate) sau imunitare (prin idiosincrazie deci congenitale).

Ca reguli de evitare a acestor accidente se recomandă:

- a nu uita că astfel de accidente sînt consecința erorilor de diagnostic;
- a nu uita că sînt consecința tratamentelor simptomatice și nu a celor etiopatogenice, consecutive deci lipsei de individualizare a medicației și neevitării asociațiilor periculoase. Polipragmazia se află frecvent la originea acestor alergizări, de unde necesitatea de a respecta principiul după care "multitudo remediorum est filia ignotantiae" (Francis Bacon);
- a nu se neglija că astfel de accidente afectează vîrsta tînără a experienței medicale - "un medic pleacă la drum cu 20 medicamente pentru o boală și termină cu un medicament pentru 20 de boli" (Osler);
- a respecta principiul îndoielii raționale, stenice, din care va decurge necesitatea individualizării medicamentelor și investigațiilor, după obligația administrării și aplicării numai a medicamentelor cunoscute și a tehnicilor stăpînite;
- necesitatea ca medicul să-și asume riscurile, după o evaluare viguroasă a raportului dintre risc și beneficiu și să nu rejete

riscurile cînd viaţa şi sănătatea bolnavului se prezintă ca o stare de necesitate. Medicul trebuie să recurgă la toate regulile ştiinţifice de a preveni la maximum riscurile, prin transformarea riscurilor imprevizibile în riscuri previzibile. Va respecta testele de depistare a intoleranţei recomandate de firmele producătoare, înaintea acestora nu va uita valoarea anamnezei în depistarea lor (mai utilă decît testele de intoleranţă), va surprinde la timp un accident de intoleranţă (surprins precoce este benign, dar surprins tardiv devine malign), va face o posologie corectă a riscului asumat faţă de beneficiile sale (riscul acceptării unui risc să fie inferior riscului evoluţiei naturale a bolii).

Criteriologia răspunderii în faţa acestor accidente obligă:

- a ridica nivelul competenţei profesionale şi aptitudinii de a selecta, din multitudinea procedurilor tehnice pe care le oferă medicina, pe cele bine cunoscute şi stăpînite. Într-adevăr, astăzi, masa cunoştinţelor medicale depăşeşte capacitatea de comprehensiune şi înţelegere a medicului;
- a respecta riguros indicaţiile şi mai ales contraindicaţiile unui medicament;
- a cunoaşte bine proprietăţile farmacodinamice ale medicamentului administrat ca şi a particularităţilor de reacţie ale organismului;

BCU IAŞI

- a utiliza, fără excepție, anamneza și testele de sensibilizare pentru depistarea eventualelor intoleranțe;
- a face posologia adecvată a unui risc;
- a trata în mod adecvat și prompt accidentul survenit;
- a urmări bolnavul imediat după administrarea unui medicament riscant;
- a oferi (cu atît mai mult în aceste condiții) îngrijiri atente, conștiente și, în afara situațiilor excepționale, conforme datelor actuale ale științei.

În cazul încălcării acestor criterii, imputabilitatea se face doar pentru riscurile previzibile, cele imprevizibile fiind considerate un caz fortuit.

Profilaxia deontologică a riscului erorilor de diagnostic

În practică, orice act medical poate fi înconjurat de un aleas, de un neprevăzut.

În mod clasic, sursele de erori sînt de *natură obiectivă* (cele ce vin de la boală sau bolnav), de *natură subiectivă* (cele ce vin de la medic îndeosebi prin ignoranță, păreri preconcepute, vanitate, superficialitatea anamnezei, fetișizarea tehnicii, pesimismul sau optimismul exagerat) sau *prin tehnică* (cum ar fi tehnicile greșite, artefactele tehnice etc.).

Evitarea erorilor de diagnostic se poate face prin:

- confirmarea ipotezei de diagnostic clinic prin reexaminare, prin urmărirea evoluției

bolii, prin examenele de laborator, prin eficacitatea terapiei sau, în situații extreme, prin confruntare necroscopică;

- formarea simțului clinic ca "aptitudine de a evalua corect, complet și rapid o situație medicală";
- evitarea diagnosticelor incomplete (ce omit stadiul bolii, complicațiile sale), diagnosticele prea largi (de ex. abdomen acut) sau diagnosticele simptomatice (de ex. cefalee, febră, comă etc.);
- evitarea diagnosticul eronat la nivel *faptic* (de ex. prin neexaminarea bolnavului sau prin anamneze fugace ca în "sindromul lipsei timpului de ascultat și explicat"), la nivel *logic* (prin lipsa analizei simptomelor și a sintezei lor) sau prin *neconcordanța* dintre datele faptice și cele logice.

Matricea epistemologică a evitării erorilor constă în cunoașterea profundă a profesiunii, formarea îndemînării practice și evitarea fricii (mai ales în situațiile dramatice) etc., care confirmă realitatea cunoscută și recunoscută că medicul, prin conduita sa, este nex-ul ce transformă posibilitatea erorii în realitate.

Criteriologia profilaxiei erorilor medicale rezidă în:

- medicul trebuie să se grăbească încet, cînd este posibil, pentru a-și îmbogăți experiența prin observație practică, documentare etc.;
- medicul trebuie să fie conștient că lipsa de experiență trebuie să determine la un plus de meticulozitate;

- să nu renunțe la un diagnostic decît în situația stărilor de necesitate terapeutică;
- să facă permanent o profesiune de credință în recunoașterea erorilor cu care se va întîlni, altfel, disimularea unei erori putînd deveni o crimă față de bolnav. Dacă în domeniul erorilor sîntem înclinați a ierta pe alții, nu trebuie să ne iertăm pe noi, mai ales dacă medicul este și pedagog, în scopul de a susține principiul hipocratic după care "medicul bun este acel ce greșește cît mai rar, iar medicul sublim este acel ce-și recunoaște greșeala".

Deontologia cercetării științifice

Cercetarea științifică medicală trebuie să fie făcută și pusă, în mod exclusiv, în serviciul umanității. De aceea, Rabelais spunea că "știința fără conștiință este ruina sufletului", fapt deosebit de actual astăzi, cînd descoperirile științifice pot pune în pericol existența speciilor, inclusiv a speciei umane.

Între principiile deontologice ale cercetării științifice, Selye recomanda:

- a persevera în cercetarea întreprinsă, în pofida obstacolelor și greutăților;
- a respecta onestitatea rezultatelor obținute;
- a dovedi capacitatea epistemologică de argumentare a adevărului;
- a rejeta furtul de idei, lipsa de probitate, înclinația spre fabulos etc.

BCU

Responsabilitatea medicală față de subalterni

Chiar dacă responsabilitatea față de actele proprii este strict personală (romanii spuneau că obligațiile proprii nu se deleagă, după principiul delegata potestas non delegatur), răspunderea față de subalterni este specifică practicii medicale și similară răspunderii lui pater familias față de copiii săi (sau a educatorului și tutorelui față de cei educați și tutelați), iar fundamentul său juridic rezidă în faptul că acest tip de responsabilitate este o responsabilitate pentru fapta proprie de a nu supraveghea.

Criteriile evitării acestui tip de responsabilitate se referă la:

- nevoia permanentă de supraveghere - în unele țări, prin sistemul asigurărilor, inclusiv a absolventului de către cadrul didactic; dacă absolventul în intervalul de 10 ani de la absolvire (U.S.A.) aduce bolnavului un prejudiciu într-o specialitate medicală, acest prejudiciu se suportă și se repară de către cadrul didactic prin banii depuși la o societate de asigurare;
- medicul delegă pe un subaltern, ce nu are competența necesară, la un act tehnic ce se efectuează greșit - răspunderea aparține medicului;
- medicul dă o indicație corectă dar unui cadrul mediu ce nu are competența efectuării acestui act - răspunderea aparține medicului;

- medicul dă o indicație corectă pentru un act tehnic ce intră în competența cadrului mediu, iar acesta îl efectuează greșit - răspunderea aparține cadrului mediu;
- un cadru mediu își depășește competența, fără știrea medicului - răspunderea îi aparține;
- un cadru mediu își depășește competența cu toleranța medicului - culpa este comună.

Pentru evitarea acestor tipuri de responsabilități medicale, deontologia recomandă a nu se face compromisuri cu activitatea lor sau în fața lor.

Responsabilitatea instituțiilor medicale ca persoane juridice

Responsabilitatea unei instituții medicale este, în final, o răspundere administrativă a conducătorilor ei, conform principiului că societas delinquere non potest. Această responsabilitate vizează calitatea și funcționarea aparaturii medicale, responsabilitatea circuitelor funcționale, igiena spitalului, dotarea spitalului, umanizarea sa etc. În umanismul spitalicesc se poate include estetica spitalului, ambianța din spital, atitudinea la primirea și externarea bolnavului, comportamentul amiabil al personalului, activitatea culturală și educativă din spital etc., astfel ca spitalul să nu înstrăineze pe bolnav, ci să se apropie cît mai mult de mediul său familial.

Responsabilitatea spitalului a fost angajată pentru schimburi involuntare de copii, accidentele și prejudiciile prin aparatură defectă, nerespectarea circuitelor (mai ales în pediatrie și spitalele de boli

contagioase), producerea de escare prin neîngrijirea bolnavului etc.

Criteriologia răspunderii se adresează deci răspunderii conducătorului; spitalul, instituțiile sanitare își asumă răspunderea prin prepușii săi (conducători desemnați, delegați).

Iată complexitatea și aria responsabilității spitalului ca persoană juridică (U.S.A.):

1. Omisiunea de a primi un bolnav atunci cînd acesta are nevoie de internare.

2. Eliberarea prematură sau transferul impropriu al bolnavului de la un spital la altul, cînd acest fapt i-ar aduce prejudicii sau decesul.

3. Omisiunea de a exercita grijă rezonabilă în selectarea și întreținerea echipamentului ca și a altor facilități oferite bolnavului.

4. Omisiunea de a supraveghea bolnavul cum se cuvine, în scopul de a nu-i afecta starea de sănătate mintală, mai ales a celor ce prezintă o instabilitate psihică.

5. Obligația de a nu administra greșit sînge sau medicamente.

6. Greșeala de a permite bolnavului a se încălzi cu o sticlă cu apă caldă, cu un radiator, cu un dispozitiv similar.

7. Omisiunea ca un salariat al spitalului să anunțe prompt medicul de gardă asupra schimbărilor importante survenite în condiția bolnavului.

8. Injecția greșit făcută, cu complicații consecutive, datorită lipsei de instruire a personalului.

9. Omisiunea punctiilor venoase adecvate, prin aceeași lipsă de instruire.

10. Omisiunea de a oferi un număr suficient de surori instruite în a recunoaște o gangrenă a membrelor

inferioare și, prin această omisiune, a priva bolnavul de consultația de specialitate a medicilor spitalului.

11. Obligația spitalului de a respecta dispozițiile medicului, sugestiile sale, chiar dacă acestea se referă la o practică curentă.

12. Obligația de a furniza personal adecvat pentru asistarea bolnavilor în vîrstă, la baie.

13. Spitalul este pasibil de sancțiune, în cazul efectuării unui tratament ilegal cu știința administrației spitalului.

14. Spitalul este pasibil de pedeapsă pentru acte generale de neglijență privind starea spitalului și spațiul său exterior.

15. Spitalul are obligația de a menține performanțele medicale. În cazul în care această obligație nu este făcută adecvat sau este în detrimentul bolnavului, spitalul devine culpabil și amendabil".

Deontologia prescrierii substanțelor stupefiante

Prescrierea substanțelor stupefiante (a celor ce pot produce dependență, toxicomanie) este reglementată prin lege în toate țările, inclusiv în țara noastră, datorită riscului de dependență față de toxic și prejudicierii sănătății fizice, psihice și sociale. Reglementarea restrictivă a utilizării acestor substanțe răspunde și unei nevoi judiciare, atît timp cît atari substanțe se pot utiliza în scop antisocial sau cît timp, prin modificarea psihicului subiectului, pot sta la originea unor stări comportamentale reactive (de imaginație patologică, de panică, de raptus agresiv în pană de drog) ce pot genera acte auto sau heteroagresive.

În prescrierea stupefiantelor, legea noastră prevede respectarea următoarelor obligaţii:

- reţeta va fi cu timbru sec, cu scris citeţ privind numele şi prenumele, vîrsta şi adresa bolnavului, numărul fişei de consultaţie şi diagnosticul stabilit;
- denumirea medicamentului, în mod complet şi nu prescurtat;
- scrierea cantităţilor, atît în cifre cît şi în litere;
- indicarea amănunţită a modului de întrebuinţare, nefiind admis a se scrie "după aviz";
- să se confirme, prin semnătură şi parafă, eventualele corecturi făcute pe reţetă;
- să se noteze pe prescripţia medicală "sic volo" dacă doza prescrisă depăşeşte doza maximă admisă.

După epuizarea tratamentului, dozele rămase neutilizate vor fi predate unităţii ce le-a prescris.

Aspecte deontologice ale economiei medicale

Problemele de economie medicală pun medicina şi pe medic în faţa unor antinomii printre care:

- "sănătatea nu are preţ dar are buget";
- omul, deşi un unicat genetic şi deci de originalitate, are, deseori, un acces limitat la resursele medicale actuale.

Cea de-a doua antinomie ne pune în faţa paradoxului sănătăţii actuale - costul asistenţei medicale o face inaccesibilă multor oameni. În

trecut, medicina era ieftină dar ineficace, astăzi este eficace dar scumpă prin costul ridicat al medicamentelor, prin necesitatea şi costul pregătirii unui personal calificat etc., fapt ce face să se estimeze că, în anul 2000, cheltuielile pentru sănătate vor deveni insuportabile pentru buget, chiar şi în statele civilizate.

Principiile deontologice de bază, după care trebuie judecate problemele şi mai ales limitările de economie medicală, se referă la:

- deviza O.M.S., sănătatea trebuie să fie accesibilă tuturor (principiul "sănătătii pentru toţi");
- sănătatea trebuie înţeleasă nu ca un dar ci ca un drept, ca o necesitate umană şi socială;
- înţelegerea faptului că alegerea bolnavilor, în raport de resursele economiei medicale, de către medic este odioasă şi nedeontologică.

În baza acestor principii, se pot face unele recomandări deontologice:

- medicul nu poate să-şi realizeze menirea sa de a ocroti, trata şi vindeca, decît îmbinînd armonios şi echitabil criteriile umanitare ale practicii medicale cu resursele şi posibilităţile economice;
- medicul, în activitatea sa, trebuie să asigure accesul egal al tuturor la asistenţa medicală; unele statistici tip follow-up relevă că, în condiţiile medicinei bazată pe bani şi asigurată celor cu astfel de posibilităţi, longevitatea a fost de 70 ani, faţă de asistenţa medicală bazată pe caritate şi asigurată celor fără posibilităţi, unde

longevitatea nu a depăşit 40 ani. De aceea, asistenţa medicală a virat frapant de la o medicină filantropică către una bazată pe respectul dreptului la sănătate;

- nevoia de folosire raţională a resurselor medicale pentru a evita efectele lor iatrogene şi riscurile pe care le pot crea (de ex. abuzul de medicamente).

Căile (criteriile) de a traduce în viaţă aceste recomandări pot fi:

- obţinerea de maximum de informaţii medicale cu minimum de investigaţii;
- evitarea polipragmaziei;
- buna organizare sanitară;
- acordarea de preponderenţă asistenţei profilactice pentru a evita îmbolnăvirea, altfel spus, deplasarea asistenţei curative către cea profilactică. Se ştie cum a scăzut masiv costul asistenţei medicale prin vaccinările antipoliomielitice, prin tratamentul ambulator al tuberculozei, prin depistarea precoce a cancerului etc.;
- accentuarea acţiunilor de educaţie sanitară, care pot evita consecinţele unor accidente, cu spitalizarea şi tratarea lor îndelungată. Cîte deplasări de fonduri medicale spre alte fonduri utile asistenţei medicale nu s-ar putea realiza dacă nu s-ar consuma alcool în timpul utilizării drumului public şi s-ar reduce astfel "epidemia" traumatică rutieră?;
- accentuarea rolului medicului de familie, cu scăderea consecutivă a costului asistenţei medicale;

- a se înțelege faptul că, dacă în medicină, riscurile minore pot fi înfruntate de bolnav, riscurile majore, ale bolilor, în practica medicală trebuie să fie înfruntate de societate;
- întocmirea de programe de sănătate (de ex. privind moartea subită, patologia toxică etc.) cu aptitudinea de a reduce morbiditatea, a evita îmbolnăvirea și moartea nemotivată și a reduce costul asistenței medicale;
- evitarea abuzului de profit, fapt ce a făcut pe Xavier să lanseze principiul samaritean (caritabil și uman), de a sluji medicina fără a te sluji de ea;
- promovarea, prin medicină, a acelui stil de viață în care sănătatea este necesar a fi privită ca o problemă complexă, culturală, medicală, economică și ecologică, avînd drept scop atît evitarea bolii cît și cheltuielile medicale.

În fața tuturor problemelor, uneori dramatice, cel mai autentic ghid de comportare profesională trebuie să fie răspunsul de conștiință al datoriei medicale, care va da soluții de echilibru între o asistență umană și nediscriminatorie cu resursele materiale ale asistenței medicale.

BCU IASI / CENTRUL VECHI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIOETICĂ ŞI BIOTEHNOLOGIE

Cînd, în 1932, Haxley publica *Brave New World* descriind o societate viitoare împărţită în caste rigide, delimitate pe criterii intelectuale şi în care clonarea şi fertilizarea artificială constituiau practici uzuale, interesul nu a depăşit cu mult pe cel stîrnit de utopiile anterioare ale lui Platon şi Campanella.

Patru decenii mai tîrziu romanul S.F. *Andromeda Strain* a lui Michael Crichton a stîrnit o asemenea agitaţie încît a determinat întîlnirea istorică de la Asilmor (Pacific Grove, California, 1975) la care, pentru prima dată, în faţa presei, oamenii de ştiinţă s-au confruntat şi au prezentat forţa progresului geneticii, mai precis a biotehnologiilor şi consecinţele etice ale acestuia.

Cum a fost posibil acest lucru? Ce a făcut ca în cîteva decenii societatea să fie sensibilizată la probleme discutate sute şi sute de ani? De ce această teamă a oamenilor şi reacţia lor promptă?

Iată cîteva întrebări la care ar trebui să se răspundă.

Neliniştea publicului larg este pe deplin justificată din punct de vedere psihologic, ştiinţific şi moral. Multiplele impacte ale biotehnologiilor asupra naturii omului şi societăţii ameninţă să aducă atingeri majore unor valori universale şi definitorii pentru fiinţa umană. Pentru prima oară

în istorie, resursele biologice oferă utopiilor totalitare posibilităţi tehnice de a se realiza. Un stat autoritar sau grupuri de presiune nu au altceva de făcut decît a le utiliza pentru ca ulterior să controleze producţia unor "roboţi umani" programaţi şi condiţionaţi, schimbînd astfel, de o natură violentă, evoluţia societăţii.

Pentru prima oară, genetica şi biotehnologiile tind să confere omului - fiinţă dihotomizată (creată şi autocreată prin evoluţia sa ontogenetică), puterea imediată şi necontrolată în materia gestionării şi manipulării individualităţii sale biologice, ceea ce pune în cauză valorile imemoriale legate de viaţă şi moarte. Omul - demiurg se poate transforma oricînd în sclavul operei sale. Există astăzi condiţiile nu numai a modificării radicale a mediului ecologic într-un timp extrem de scurt (ce face imposibilă adaptarea) dar şi a fabricării industriale a omului cînd atît corpul uman cît şi personalitatea individului pot deveni opera "procreerii, conceperii asistate de ordinator". Se supune biologicul logicii şi insensibilităţii maşinii.

Nu este în intenţia noastră a aborda toate problemele etice ale biotehnologiilor şi nici a da răspunsuri, cu atît mai mult cu cît acestea sînt prin definiţie variabile (dependente de cultură, religie, ţară, evoluţie în timp etc.). Este însă momentul de a sublinia că bioetica trebuie să controleze de o manieră mai autoritară evoluţia şi utilizarea biotehnologiilor.

Să modificăm natura

În ultimul timp, tot mai des, atît în mediile ştiinţifice cît şi în mass-media, se confruntă într-o luptă fără armistiţii promotorii libertăţii absolute a cercetării ştiinţifice cu ecologiştii, apărătorii evoluţiei lente şi naturale a mediului ambiant. Presa evocă Cernobîl-ul şi Bhatal-ul ca pe nişte

incidente minore comparativ cu rezultatele unei perturbări a echilibrului ecologic determinate de tehnologiile genetice. Jeremy Rifkin, reprezentant al ecologiştilor din U.S.A., a purtat o bătălie de patru ani reuşind în final să împiedice firma Advanced Genetic Sciences de a proceda la teste în aer liber cu bacterii (Pseudomonas) recombinate, menite a proteja plantele de ger. În Franţa însă, lîngă Dijon, în 1987, pe loturi semănate cu lucernă şi grîu, a fost răspîndit Rhizolium marcat genetic, fără a exista o posibilitatea reală de evaluare a evoluţiei populaţiei nou inoculate în sol. Se tinde tot mai mult la introducerea în ADN-ul vegetal a unor gene producătoare de toxine insecticide sau a genelor ce cresc rezistenţa la diverse boli. Inserţia de gene ar înlocui tehnicile clasice de selecţie şi hibridare dar apar probleme nu numai de securitate a manipulării dar şi de ordin etic (impactul asupra modelelor alimentare, antagonismul dintre grupuri sociale beneficiare etc.).

Criteriile recunoscute pînă în prezent sînt doar tehnice, metodologice, ele nu rezolvă aspectele etice ce trebuiesc supleate de criteriile generale ale experimentului ştiinţific. Domeniul rămîne astfel deschis opiniilor şi reglementărilor.

Omul - obiect al biotehnologiilor

Primul aspect al biotehnologiilor îl constituie *noile metode de diagnostic.* Dezvoltarea rapidă a "homme tests", bazate pe utilizarea anticorpilor monoclonali sau pe sonde moleculare, au constituit un progres evident în depistarea precoce a unor boli (diabet, cancer, SIDA etc.); în acelaşi timp au ridicat şi probleme etice. Executarea unui astfel de

test impune nu numai o stăpînire a tehnicii de lucru dar şi colaborarea pacientului printr-o educaţie sanitară adecvată şi un comportament corespunzător faţă de boală. Erorile pot avea consecinţe grave pe plan emoţional şi existenţial. Chiar în absenţa erorilor, dat fiind gravitatea unor afecţiuni incurabile, nu ar constitui diagnosticul un secret absolut? Bolnavul nu ar avea un "drept la ignoranţă"?

Diagnosticul genotipic este reprezentat, în special, în diagnosticul prenatal şi presimptomatic. Aceste două tipuri de diagnostic sînt acte de medicină preventivă şi constau în a refuza fatalitatea unui handicap.

Diagnosticul prenatal, însoţit de întreruperea sarcinii, este în prezent larg admis şi utilizat. El este integrat în *sfatul genetic* existînd criterii stricte etice, psihologice şi ştiinţifice. Pentru a avea rezultate notabile, sfatul genetic trebuie să se desfăşoare ca o acţiune de sinteză interdisciplinară, în cadrul unei echipe din a cărei componenţă fac parte medicul de specialitate, geneticianul, psihologul, sociologul, juristul etc. Problemele pe care le rezolvă această echipă sînt:

- stabilirea exactă a diagnosticului bolii;
- evaluarea naturii genetice a afecţiunii şi precizarea modului de transmitere a acesteia;
- informarea biomedicală şi evaluarea riscului de apariţie şi recurenţă;
- asistenţa psihologică;
- informarea pacienţilor şi a grupurilor cu posibilităţile societăţii de a se asigura asistenţa medicală şi socială în domeniu.

În esență, **criteriile** ce trebuiesc respectate pe parcursul investigațiilor și a elaborării sfatului genetic ar fi:

- consultul genetic și implicit, sfatul dat trebuie să se facă în prezența persoanei, cuplului sau familiei interesate și în nici un caz numai prin telefon sau poștă;
- respectarea cu strictețe a secretului profesional absolut pentru ca persoana investigată să nu fie etichetată sau stigmatizată de grupul căreia îi aparține;
- modul de prezentare a riscului va fi făcut în nuanțe optimiste indiferent de varianta aleasă (procentual sau prin grade de comparație);
- sfatul propriu-zis va fi dat de către medic, chiar dacă la consultul genetic își aduc contribuția toți membrii echipei;
- sfatul genetic, datorită semnificației sociale și complexității problemelor de rezolvat, nu trebuie să constituie un program formal și unilateral. El nu poate fi efectuat oriunde și de către oricine, el presupune un mediu instituționalizat și cadre specializate;
- consultul și sfatul genetic trebuie să fie un act pur medical și să nu îmbrace sub nici un motiv haina eugeniei sociale.

Succesul consultului și sfatului genetic, al diagnosticului genotipic depinde de capacitatea de înțelegere psihologică și implicit de stabilirea direcțiilor de intervenție care, în esență, trebuie să urmărească reducerea tensiunii și anxietății maritale, a rușinii și vinovației, a depresiei, a ostilității, a inhibiției sexuale.

Iată însă că numărul tot mai mare de afecțiuni depistate prenatal prin biotehnologii pune la îndoială (chiar în cazul respectării criteriilor expuse) un element esențial - dreptul la întreruperea sarcinii. Pînă acum membrii cuplului erau cei care, fiind informați de genetician, luau decizia de întrerupere a sarcinii dar un handicap minor justifică oare întreruperea sarcinii numai pentru că el este determinat genetic? Tot mai frecvent se aud voci după care acest drept trebuie să fie limitat prin intervenția comitetelor de etică din spitale care își asumă astfel răspunderea în a delimita frontiera între acceptabil și inacceptabil.

Terapia genică impune o distincție între terapia germinală și cea somatică. Terapia germinală nu este o sursă de probleme etice ea fiind unanim rejetată ca absurdă și inacceptabilă. Ea a fost respinsă pe considerente morale (patrimoniul genetic uman transmisibil este inalienabil), științifice (este impracticabilă avînd un randament scăzut - o reușită la 100 ovocite injectate) și pragmatice (absența garanției terapeutice alături de reușitele reale ale diagnosticului prenatal). Nu același lucru se poate spune despre genoterapia somatică. Grefa genelor nu mai este un mit mai ales după lucrările lui Palmiter et al. Continuînd aceste studii (deja confirmate printr-un premiu Nobel în 1985), Joseph Golstein și Michael Brown au prezentat primele rezultate ale tehnicii transgenice: o genă hibridă a fost artificial fabricată asociind trei secvențe de ADN (un promotor și un inițiator al transcripției din gena metalitioninei I de la șoarece, ADN codant pentru receptor la LDL și un semnal terminator al transcripției de la gena somatotropului uman). Acest ansamblu funcțional a fost inserat în ovulul

fecundat de şoarece şi a luat naştere o linie transgenică la care membrana celulară (graţie funcţionării genei hibride) avea o cantitate net crescută de receptori pentru LDL. Lennert, Philipson şi Tooze au publicat (iunie 1987) un articol asupra ambiţiosului program american de secvenţializare a genomului uman - proiect ce va mobiliza 150-300 cercetători timp de 20 de ani pentru a identifica cele 3,5 miliarde de perechi de baze conţinute de cromosomii umani. Costul proiectului: 1 pînă la 3 miliarde dolari. Programul a fost deja lansat iar 4 cromosomi (X, 14, 19, 21) sînt deja în lucru. Segmentarea va permite cartografierea exactă, decelarea mutaţiilor genice şi a posibilităţilor de terapie genică prin grefe dirijate. Nu se poate omite nici încercarea lui Martin Cline (Univ. UCLA, California) de a trata, în 1980, două cazuri de thalasemie majoră prin grefa medulară a genei betaglobinei umane clonată pe un vector (tentativă eşuată), mai ales datorită incidentului judiciar şi a proastei impresii provocate în public.

Cele expuse susţin opinia că o grefă de genă umană normală şi activă reimplantată la un individ bolnav într-o celulă somatică nu ar trebui să suscite mai multe rezerve etice decît de exemplu o grefă de măduvă sau un transplant de organ. Regulile deontologice ale transplantului trebuiesc însă respectate. În schimb, grefa transgenică interspecie trebuie mai întîi limitată şi delimitată sub toate aspectele (îndeosebi a consecinţelor), înainte de a fi acceptată.

Reproducerea umană asistată prin biotehnologii (inseminaţia artificială, fecundaţia in vitro etc.) suscită reflecţii mult mai complexe căci ea comportă numeroase aspecte semnificative. Este

foarte simplu cînd fecundarea are loc între ovulul matern şi spermatozoidul soţului. Dar lucrurile se complică în toate celelalte situaţii. Se poate ajunge la un copil cu 5 părinţi (dacă există şi mamă purtătoare) ceea ce pune dreptul civil în situaţii insolubile fără a mai discuta de malformaţiile congenitale induse prin manipulările oului. Dar problema cea mai controversată o ridică soarta embrionilor excedentari produşi prin fecundare in vitro şi neimplantaţi. Trebuie ei distruşi, trebuie conservaţi şi în ce scop? Pot fi ei utilizaţi în industria cosmetică sau acest lucru constituie o gravă încălcare a regulilor dreptului natural? Pot dispune de ei genitorii naturali sau au drepturile unei fiinţe umane? Răspunsurile pot fi date dacă se pleacă de la natura embrionului. Două tipuri de cunoştinţe concură în a lumina această problemă crucială: cunoştinţe de ordin biologic şi cunoştinţe de ordin filosofic.

Strict biologic, fecundarea unui ovul de către un spermatozoid constituie originea unui nou individ. Oul fecundat este un individ în cel mai adevărat sens al acestui termen. Fuziunea gameţilor (care sînt deja purtători ai unei remanieri originare a patrimoniului genetic a părinţilor datorită meiozei) produce o individualitate diferită de a genitorilor. Aceasta nu este o opinie, o ipoteză ci un fapt ştiinţific. Prin codul său genetic, oul şi embrionul reprezintă o nouă existenţă umană şi această individualitate se realizează în toate cazurile concepţiei (indiferent că este prin metode naturale sau prin inseminare artificială), există anterior nidaţiei şi deci embrionul trebuie să aibă drepturile unei fiinţe umane.

Datele de ordin filosofic susţin pe cele biologice. Speculaţiile medievale ce separau

momentul "însufleţirii" (animaţiei) de momentul concepţiei apar astăzi drept ipoteze gratuite. Nu există în prezent nici o raţiune după care "sufletul uman", spiritul să fie exclus de momentul conceperii. Prudenţa morală elementară cere a se recunoaşte un subiect de drept din momentul existenţei sale (concepere). Chiar dacă în evoluţia ontogenetică omul este definit ca un subiect social, definit prin posibilitatea de a intra în relaţii cu alte persoane, este ridicol de a fonda această teză pe existenţa relaţiilor sau a altor persoane. Robinson Crusoe nu a încetat să fie un individ uman chiar dacă el s-a găsit singur pe o insulă.

În virtutea acestor argumente trebuie să recunoaştem, fără echivoc, că utilizarea embrionilor (în afara actului de reproducere asistată) constituie experimente asupra persoanei umane cu încălcarea tuturor regulilor stabilite în acest domeniu.

Descoperirea *amprentei genetice* (utilizată în identificarea criminalistică şi în stabilirea filiaţiei) a adus noi dileme. Este pentru prima oară cînd poliţia dispune de o probă ştiinţifică absolută. În ce limite poate fi însă utilizată această probă? Amprenta genetică a fost utilizată în politica de imigrare. Este etic şi legitim această aplicare? Poate fi folosită şi împotriva voinţei persoanei investigate? Este acceptabilă realizarea unui fişier de amprente genetice a unei populaţii, grup etnic etc. şi în ce condiţii un astfel de fişier poate fi utilizat? Întrebările pot continua iar răspunsurile date nu sînt univoce.

Problemele pe care le-am prezentat impun o discuţie urmată de emiterea unor criterii şi reglementări conforme eticii şi moralei umane. Existenţa comitetelor de etică precum şi

dezvoltarea bioeticii nu constituie deci o problemă minoră astfel de acțiuni putînd influența major evoluția nu numai a ființei dar și a speciei umane.

Promisiunile biotehnologiilor sînt fără îndoială încurajatoare dacă ne referim numai la posibilitatea depistării și corectării malformațiilor, diminuării anumitor handicapuri, tratării unor maladii grave. Dar merită dezvoltate biotehnologiile? Merită a prelua omul, fără o pregătire suficientă, o astfel de forță capabilă a modifica fundamental specia căreia îi aparține? Oare nu există riscul descătușării unor forțe necontrolabile și deschiderii căii totalitarismului prin biologie? Nu ar fi cazul oare ca omul să renunțe, măcar temporar, la a dispune discreționar de mijloace pentru care nu este pregătit etic și psihologic să le utilizeze? Căci, fiind limitat biologic în timp, prin evoluția sa ontogenetică între două puncte (procreerea și moartea), acceptînd limitele sale, imperfecțiunile sale, s-ar putea să-și recapete din demnitatea sa reală, să-și recapete libertatea și să afle adevărul. Altfel, vrînd să fie cît mai perfect uman prin intermediul biotehnologiilor, s-ar putea să riște să devină perfect inuman.

BCU IASI / CEN

SIDA și dreptul medical

Descoperirea și extinderea maladiei SIDA nu a întîrziat să aducă multiple implicații în plan social, juridic, medical și psihologic. Au apărut în lume, numeroase atitudini și conflicte, ades chiar în plan juridic. Considerată o adevărată "închisoare în libertate", boala a exacerbat revolta bolnavilor față de tendința de a fi izolați de societate, de a fi considerați cobai sau de a risca a nu mai avea, la nevoie, un medic.

Pînă la ora actuală, dificultățile de diagnostic, tratament și profilaxie au avut un impact dezastruos asupra opiniei publice. Anxietatea a atins cote alarmante ducînd la izolarea celor cu risc crescut, la discriminarea socială a bolnavilor, la evitarea purtătorilor sănătoși pînă la refuzul pompelor funebre de a face oficii familiilor cu

În prezent, sînt luate în evidență, în lume, 450.000 de cazuri SIDA (120.000 în U.S.A.), din aceștia 8% femei și 92% bărbați. S-au evidențiat 11 milioane subiecți sero-pozitivi (15% femei, 85% bărbați).

În 1992, în U.S.A. s-au înregistrat 365.000 cazuri și 260.000 decese, rata mortalității fiind de 80% pînă la 2 ani de evoluție a bolii.

Tratamentul unui caz costă anual 32.000 dolari + 85.000 dolari pentru cheltuielile ulterioare.

În Franța, există un val de procese determinate de contaminarea a 400.000 de persoane datorită nedepistării virusului în centrele de transfuzii.

În România, datele Societății Doris relevă 1557 cazuri SIDA din care 1460 la copii (445 copii între 0-1 an). Lancet (numărul 8768/1991) oferă cifra de 194 copii și 94 adulți.

astfel de decedaţi. Societatea şi-a manifestat un comportament inuman faţă de categoriile de populaţie cu risc crescut, fapt ce a dus la pierderea locului de muncă, excluderea din şcoli, suspendarea cadrelor didactice HIV pozitive, abandonarea copiilor de către părinţi şi a partenerilor de viaţă etc. Valurile de discriminare, ilogice, au dus, în final, la stabilirea unor grade de izolare:

- gradul I - bolnavii şi purtătorii de virus;
- gradul II - grupurile de populaţie cu risc crescut;
- gradul III - familiile celor bolnavi şi personalul sanitar ce-i îngrijeşte.

Această isterie publică a dus la situaţii absurde ca refuzul întreprinderilor de a-i angaja pe cei sero-pozitivi, refuzul societăţilor de asigurări de a-şi respecta obligaţiile contractuale, refuzul de a-i îngriji, interdicţia de a utiliza telefoanele publice etc., ajungînd pînă la crime şi sinucideri.

Iată raţiunea pentru care este absolut necesar o discuţie deschisă cu privire la problemele etice şi legale pe care le ridică SIDA. Ele se referă, în special, la normativele de securitate, la legitimarea testelor de depistare, dreptul la informare, consimţămîntul bolnavului, dreptul la confidenţă şi dreptul de protecţie medicală a populaţiei.

Normative de securitate

În faţa problemelor enunţate, a apărut ca necesară adoptarea unor măsuri de securitate publică reglementate chiar prin lege. La baza acestora stau următoarele măsuri:

- testarea HIV anonimă;
- screening-uri obligatorii la donările de sînge şi ţesuturi;

- înregistrarea donatorilor infectaţi;
- consimţământul informat la testare;
- protecţia confidenţialităţii şi respectarea strictă a excepţiilor de la această regulă;
- admiterea la personalul medical a excepţiilor de la consimţământul informat;
- evitarea măsurilor discriminatorii faţă de cei infectaţi.

Legitimarea testelor de depistare

Legitimitatea efectuării testelor de depistare a purtătorilor (la o persoană sau grup populaţional) poate fi admisă (în situaţia în care există garanţii de păstrare a confidenţialităţii) dacă respectă cîteva principii de bază, printre care:

- informarea detaliată a bolnavilor şi populaţiei;
- existenţa consimţământului la aceste proceduri;
- păstrarea secretului diagnosticului şi tratamentului (în limitele stabilite de deontologia medicală).

Numai în aceste condiţii se poate exclude abuzul şi încălcarea drepturilor individului.

Dreptul la informare

Purtătorii şi bolnavii trebuie să consimtă la toate procedurile medicale ce privesc SIDA. Mai mult, boala afectînd şi un cuplu, apare ca necesară şi obligatorie informarea partenerilor şi a familiei dar de o asemenea modalitate încît să nu încalce drepturile bolnavului. Medicul este obligat a

informa bolnavul că este HIV pozitiv. Informarea trebuie să fie completă şi clară, altfel este interpretată ca un abuz profesional. Informarea unor persoane mai îndepărtate, despre diagnosticul de boală, poate fi făcută numai cu consimţământul bolnavului. Avertizarea însă a unui partener (mai ales dacă este vorba despre o femeie gravidă) devine obligatorie pentru medic fiind permisă fără consimţământul bolnavului. Aceasta nu constituie o deviere de la datoria de confidenţialitate deoarece în acest caz, pacientul este cuplul iar medicul are obligaţia de a proteja interesele ambilor parteneri.

Datoria de a avertiza despre pericol, pe cei în situaţii de risc, de a-i instrui pentru a evita boala, exprimă "grija raţională a medicului de a proteja o victimă împotriva unui pericol". Medicul nu poate fi descărcat de această obligaţie decît prin avertizarea victimei şi anunţarea autorităţilor competente ce pot să ia măsurile necesare. Dacă datorită lipsei de avertizare, o persoană s-a îmbolnăvit, medicul este vinovat. . Datoria de avertizare aduce în discuţie nevoia echilibrului între avertizare şi confidenţialitate, între protecţia maximă a confidenţei şi respectul intereselor colective. În acest echilibru, nevoia de a avertiza nu va afecta niciodată datoria de confidenţialitate. Faţă de riscul letal al bolii, încălcarea confidenţei şi obligativitatea de informare şi raportare oficială a cazurilor sero-pozitive apare drept legitimă.

Respectul consimţământului bolnavului

Din dreptul bolnavului la informare, decurge obligativitatea consimţământului său pentru testele efectuate şi pentru tratament. În anumite

B.C. "I. CREANGĂ" IAȘI

situații, acest consimțământ nu este necesar sau nu aparține individului. Astfel, după donarea de sînge (considerîndu-se că subiectul nu mai este proprietarul sîngelui donat), se opiniază că testarea se poate face fără consimțământul donatorului, protejîndu-se astfel beneficiarul transfuziei. Intervențiile chirurgicale în stare de urgență pot sacrifica consimțământul individual după cum, în situația copiilor sau a bolnavilor psihici fără discernămînt, se impune consimțământul familei. Aceste sînt însă numai excepții, regula fiind respectarea consimțămîntului informat deoarece astfel se realizează protecția drepturilor bolnavului dar și protecția medicului. De asemenea, rezultatele unui test nu vor fi făcute publice fără consimțământul subiectului nici măcar prin intermediul unui tribunal.

Secretul medical (dreptul la confidențialitate)

Bolnavul are un drept la confidențialitate chiar dacă raportarea cazurilor de SIDA este obligatorie. Eventualele conflicte dintre nevoia de menținere a confidenței și datoria de informare a celor în situații de risc se rezolvă ținînd cont că avertizarea este o datorie pentru medic. În probleme de SIDA, dreptul bolnavului la confidență este uneori sacrificat sub justificarea protecției bolnavului și a altor persoane, la care se estimează prejudicii previzibile sau chiar imprevizibile (de ex. partenerii sexuali). Pentru ceilalți, se recomandă respectarea datoriei de confidențialitate. Se impune deci a afla cine sînt cei care au dreptul de a ști, de a fi sub protecție.

În primul rînd, partenerii hetero, homo sau bisexuali, trecuți, prezenți sau potențiali. Apoi, persoanele în situații de risc cum ar fi cele de la locul de muncă, din spitale, din băncile de sînge, școli, închisori, armată, poliție, sportivi sau chiar pompieri. Și în sfîrșit, instituțiile guvernamentale și sanitare ce au obligații în lupta anti SIDA, obligație din care decurge nevoia tratamentului și implicit a nevoii opririi diseminării infecției.

Implicații judiciare în SIDA

Deși SIDA a indus o multitudine de procese judiciare, deciziile instanțelor (pînă în prezent) nu s-au constituit într-un fascicul clar de norme de drept medical. Procesele au acoperit o gamă largă de probleme, începînd cu neinformarea adecvată asupra bolii ajungînd pînă la solicitarea unei dovezi de la vînzătorul unei case că nu este purtător HIV.

Multiple acțiuni judiciare s-au îndreptat împotriva spitalelor pentru întîrzierea diagnosticelor și implicit a tratamentelor, pentru diseminarea bolii prin triaje defectuoase sau transfuzii de la purtători sero-pozitivi, pentru angajarea de personal sanitar sero-pozitiv. Au existat și situații paradoxale cum ar fi alegerea profesiunii de prostituată de către o femeie contaminată (pentru a se răzbuna) sau tentativa de infectare prin mușcătură a unui polițist de către un arestat sero-pozitiv. În cazuri de divorț, justiția a refuzat să dea copilul în îngrijirea unui părinte sero-pozitiv introducînd chiar interdicția de a-l vizita.

Din cele expuse rezultă necesitatea unor norme unitare precum şi a unor măsuri instituţionalizate de prevenţie, care să nu permită abuzul sau interpretarea subiectivă. Printre aceste măsuri, se pot reţine ca importante:

- obligativitatea testării bolii, îndeosebi la grupele de populaţie cu risc;
- informarea partenerilor,
- obligativitatea evidenţei nou-născuţilor din mame purtătoare de virus;
- declararea (cu maximum de confidenţialitate) purtătorilor şi bolnavilor;
- raportarea deceselor SIDA;
- obligativitatea măsurilor tehnico-medicale (de ex. testarea sîngelui pentru transfuzii sau utilizarea transfuziilor numai în situaţii absolut necesare, precauţiile în caz de asistenţă medicală sau autopsie etc.).

Neangajarea persoanelor sero-pozitive în diferite locuri de muncă (timp de 18 luni cît durează perioada de incubaţie), refuzul de a fi asigurate nu constituie măsuri de protecţie, ele pot degenera în încălcări ale drepturilor persoanei, pot crea categorii de cetăţeni "de mîna a doua" şi nu au un fundament etic, ştiinţific sau legal.

În viitor, orice program de sănătate va trebui să se alinieze standardelor normative dar şi etice, cu respectarea drepturilor omului precum şi cu protecţia grupurilor populaţionale.

BCU IAŞI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PERSONALITATEA MEDICALĂ SUB ASPECT DEONTOLOGIC

Studiile contemporane privind conceptul de personalitate accentuează rolul creativităţii, al interdependenţei şi controlului de sine în formarea personalităţii.

Medicului i se cer multiple atribute de personalitate, calităţile de ordin *intelectiv* (a avea întotdeauna mintea limpede pentru raţionamente corecte), de ordin *afectiv* (a da dovadă de puritate şi sensibilitate sufletească) şi de ordin *volitiv* (a fi capabil de dăruire de sine şi abnegaţie).

Personalitatea medicului implică, *în primul rînd*, trăsături de temperament, caracter şi educaţie profesională, printre care:

- generozitatea specifică artei medicale şi nu medicinei concepută ca o meserie ("fără uman, medicina nu este decît o meserie" - J. Dewey);
- subtilitatea înţelegerii secretelor sufletului omenesc;
- fineţea transferării prinosului său de bucurie către bolnavul în impas existenţial;
- bărbăţia de a alunga frica bolnavului doar cu privirea sa;
- puterea de convingere deplină;

- discreţia;
- optimismul, chiar şi atunci cînd speranţa pare amputată.

Pentru personalitatea tînărului medic se cer accentuate trăsăturile de loialitate şi dragoste de adevăr, de perseverenţă şi echilibru psihic, de conştiinţă trează şi permanentă a responsabilităţii, de empatie şi răbdare, de amabilitate şi compasiune, de slujire permanentă a competenţei sale în formare.

> "Medicul ce scrie de 20 de ani aceeaşi reţetă, nu va intra în conflict cu codul penal, dar nu este onest profesional".
>
> N. Iorga

În al doilea rînd, personalitatea medicului trebuie să se caracterizeze printr-o imperturbabilă rezistenţă în faţa succeselor profesionale, contenţie psihică faţă de performanţele sale medicale. Aceste performanţe nu vor epuiza niciodată aspiraţiile sale medicale, tendinţa către progres profesional.

Cum perfecţiunea nu se poate atinge niciodată, medicului nu-i rămîne decît calea aspiraţiei către ea, calea depăşirii propriilor limite prin nemulţumirea sa permanentă faţă de ceea ce a realizat.

În al treilea rînd, medicul trebuie să transforme personalitatea sa într-un model al datoriei profesionale, al comunicării interumane, al empatiei şi abnegaţiei pentru om.

În sfîrşit, medicul trebuie să fie conştient de şansele pe care le are de a-şi valoriza viaţa prin intermediul medicinei. El nu trebuie să uite că, dacă se va consuma fizic cu fiecare act profesional, va avea totdeauna şansa de a renaşte axiologic, că medicina este o modalitate deosebită de a trăi viaţa

Portret de medic ideal (Jules Romain):

"Vorbeşte puţin şi nu ridica niciodată vocea. Puţinul pe care îl spune este moderat. Dacă se exprimă în faţa lui o părere prea excesivă, atunci el sau se abţine să răspundă şi se mulţumeşte să schiţeze un surîs abia perceptibil sau, cu multe menajamente, îşi exprimă propria sa opinie care este departe de extreme şi arată că experienţa vieţii, cu tot ce are mai nuanţat şi cu toate contradicţiile ei, contează pentru el mai mult decît ideile preconcepute. Nu poţi să ţi-l imaginezi furios. Dacă i se întîmplă să facă o admonestare, să dea un ordin, el se aranjează în aşa fel ca o uşoară accentuare a vocii să indice seriozitatea lucrului. Chiar şi cei mai distraţi devin atunci mai atenţi. În total, este tipul omului calm, puternic şi tăcut, cu răbdare în observaţii şi judecată clară, obiectivă, cu caracter energic şi hotărît pentru acţiuni rapide şi eficace".

la cel mai înalt gradient de puritate umană, că în faţa prevederilor dreptului, numai conştiinţa profesională ireproşabilă va face să înceteze orice legalitate.

Încorporarea mesajelor profesiunii medicale în personalitatea medicului va da şanse minime de valorizare a vieţii, mai ales în condiţiile tehnicizării şi hiperspecializării pe care medicina o străbate azi şi care prezumă competenţa.

BCU IAŞI / CENTRU VECHI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

POSTFAŢĂ
ETICA ASPIRAŢIEI MEDICALE

Prospeţimea minţii tinere ca şi constatarea pe parcursul activităţii comune a unui interlocutor cu resurse de energie moral-intelectuală, în măsură a anula dilemele profesionale ce sporesc odată cu anii, constituie un imbold în prezentarea unui curs de deontologie şi drept medical.

Revine medicinei legale acest curs, pentru a convinge că prin efortul de a pune ştiinţa în slujba adevărului, putem deveni mai penetrabili unii faţă de alţii, în ceea ce, uneori, avem mai opac. Această specialitate nu este altceva decît o revanşă a ştiinţei şi culturii asupra naturii îngenuncheată de ignoranţă, optuzie sau violenţă. Mai mult, ea reprezintă un mijloc de a servi o cauză umanitară prin ştiinţă şi o formă de respect a omului prin intermediul binelui şi al adevărului.

Desigur, primul om care a ucis şi a făcut ca zguduirea lui morală să ajungă pînă la noi, a transmis conştiinţa utilităţii şi purităţii muncii medicale pusă în slujba dreptului, iar moartea, care a făcut pe oameni să evite a o gîndi, atît timp cît nu o puteau suprima, să apară ca un eveniment, deseori revoltător şi care nu sosește decît pentru alţii (Federico Gârcia Lorca). Atît moartea violentă cît şi moartea patologică a insuflat medicului convingerea că respectul vieţii trebuie să meargă pînă la asistenţa morţii, deoarece "omul s-a putut îndepărta de zei dar nu se poate îndepărta de

moarte" (André Malraux). De aceea, atunci cînd "amănuntul este viaţa unui om", el trebuie să reprezinte pentru medic toată lumea şi toată istoria, să facă a înţelege omul în mod nelimitat, pentru că "a-l înţelege, este deja a-l iubi" (Bernanos). Se va vedea cum lovitura "cu o bucată de destin" (M.Sorescu) devine, în disecţia ştiinţifică, o expresie a adevărului.

Sperăm că deontologia, dreptul medical şi medicina legală vor întări convingerea că sînt ştiinţe bazate pe cercetare şi logică riguroasă.

Sperăm că ele vor lăsa imaginea afirmării lor ca un autentic act de cultură ce converteşte ştiinţa în adevăr şi prin aceasta, transformă natura în spiritualitate, ori de cîte ori golul lăsat de cultură este ocupat de adversitate şi ură.

Sperăm în convingerea că aceste discipline sînt o modalitate de valorizare a vieţii prin căutarea uneia din cele mai grele poveri, atunci cînd "vrem să sfîrşim prin a ne regăsi pe noi înşine".

Eminescu spunea că dreptul îngrădeşte răutatea reciprocă şi astfel devine prima virtute a instituţiilor sociale şi a omului. Poate, de aici decurg mesajele acestor specialităţi în care adevărul se impune ca prima calitate a sistemelor noastre de gîndire. Poate de aceea spunem, îndeobşte, că medicina legală, dreptul şi deontologia medicală sînt un fel de voluptate a căutării adevărului în efortul de exactitate al cunoaşterii, efort care nu poate fi niciodată tranzacţionat ori vîndut ci totdeauna numai dăruit. Prin toate acestea, noi credem că aceste discipline pot oferi una din cele mai riguroase experienţe de viaţă profesional-umană. Mai credem că s-a subiectivat în mod adecvat realitatea faptului că medicina nu este o meserie ci un mesaj, nu este o

slujbă ci o vocaţie, din care decurge posibilitatea de a aduce un spor de sobrietate pentru o lume mai bună, mai demnă şi mai încrezătoare în promovarea raţiunii generale.

Rolul pedagogic al medicinei legale, dreptului şi deontologiei medicale, care plasează pe medic în faţa statutului său social şi îl face să perceapă climatul de cultură şi progres al epocii în care trăieşte, este înţelegerea obligaţiilor sociale impuse medicinei. De aceea, viziunea clară asupra raporturilor sociale, prin competenţă, conştiinciozitate, muncă de echipă, modestie şi aspiraţie profesională, se instituie drept parametri deontologici ai acestui statut.

Obligaţia de conştiinciozitate etică decurge din adevărul că bolnavul nu este obiect, ci dimpotrivă, un subiect al asistenţei medicale, iar actul medical nu este un act pur tehnic ci şi o formă deosebită de comunicare şi ajutor interuman. Încrederii, uneori nelimitată, a bolnavului în medic, trebuie să i se răspundă prin conştiinţa datoriei profesionale, în opinia publică activitatea medicală devenind relevantă pentru această conştiinţă. Astfel, baza veridică a relaţiei medic-bolnav trebuie să devină climatul de filie, de empatie şi solicitudine, adevărate imperative etico-psihologice ale oricărui gest profesional. Chiar în condiţiile pretinsei crize a medicinei prin raportarea la progresul său tehnic, ca un corectiv neohipocratic al acesteia, se accentuează conceptul de ştiinţă cu conştiinţă, orice criză a medicinei nefiind altceva decît o criză a subiectivităţii bolnavului, redus, deseori, pînă la o simplă fişă medicală. Mai mult ca oricînd, singura alternativă la invazia tehnică inevitabilă din medicină o constituie umanizarea sa, actul medical rămînînd ca un iceberg, controlat în

proporţie de 2/3 de conştiinţa competenţei medicului.

Expresie trinomului *medic-bolnav-societate*, atît în conţinut cît şi ca formă de desfăşurare, actul medical va depinde, în mod accentuat, de elemente afective, etice şi sociale. De aceea, sîntem obligaţi a asculta şi înţelege bolnavul în interrelaţiile sale, a-l ajuta să suporte boala în condiţii umane, pentru a evita, pe orice cale, depersonalizarea relaţiei medic-bolnav. Orice abdicare de la aceste realităţi riscă alienarea şi alterarea libertăţii profesionale.

Disciplinele medicale susţin cu vigoare nevoia de asumare a unei competenţe profesionale cît mai depline, din care decurge obligaţia de a lupta permanent cu limitările cognitive, cu neîndemînarea şi funcţionarizarea medicinei, cu uşurinţa sau indispoziţia ce alterează relaţia de filie cu bolnavul. Obligaţia permanentă de însuşire a competenţei ce personalizează responsabilitatea medicală şi de depăşire a mediocrităţii ce o depersonalizează, permite a afirma că, pentru medic, "competenţa devine prima formă de onestitate" ce nu se poate înlocui cu amabilitatea sau bunătatea. Se absolvă facultatea de medicină cu modele de comportament medical care nu trebuie să fie artificiale şi care trebuie să servească drept referinţă şi impuls pentru dezvoltarea ulterioară. Mai departe, cu ajutorul acestor modele, dar cu efort propriu, trebuie să se desăvîrşească personalitatea, fapt ce impune ca nevoia pregătirii permanente să fie o convingere şi nu o constrîngere, atît timp cît autoritatea didactică exclusivă nu mai poate fi impulsul predominent către competenţă. Scăpînd de comentata pedagogie a notei, de acum încolo, prin autoinstruire medicul va trebui să garanteze acoperirea profesională a

diplomei obținute. Instrucția și educația nu mai pot fi niște daruri, ci o asimilare făcută cu prețul cunoașterii și experienței proprii. Competența astfel obținută trebuie să stimuleze abnegația pentru actul medical, expresie a celei mai autentice datorii morale prin care medicina se consumă zilnic. Per a contrario, abnegația se va opune datoriei privită ca o slujbă, ca o modalitate "de a figura pe un stat de plată". Efortul de o viață pentru competență trebuie să fie o modalitate de a fi acceptat și recunoscut de bolnavi și societate, de a fi considerat responsabil și astfel, de a obține satisfacția muncii prin gratificațiile sale moral-sociale. Mai mult ca oricînd, nu trebuie pierdut din vedere faptul că astăzi, competența medicului devine un drept al bolnavului și al societății.

Sumarea competenței cu conștiința datoriei medicale o numim de fapt vocație, care nu este altceva decît "fericirea de a avea pasiune pentru profesiunea aleasă". Vocația implică motivația internă pentru care se alege această profesiune și anume, înclinația altruistă de a susține condiția umană în lupta sa cu disperarea, eșecul, conflictul sau lipsa de speranță. Vocația este puterea pe care o oferă medicina în dominarea suferinței și în eliberarea de anxietăți ori nesiguranță, este ceea ce dă gustul devotamentului pentru om sau dragostea pentru o profesiune. Din păcate, uneori, motivația studiilor medicale este externă, încît acolo unde considerăm că am fost chemați , de fapt am fost îndemnați. În lipsa pasiunii totale pentru medicină, apare dorința mîndriei de a fi medic, mîndrie care frizează ipocrizia și somnolența morală.

Vocația nu se afirmă de la început ci se dezvoltă prin contactul permanent cu dramele

profesionale ce mobilizează resursele de intelect și suflet a medicului în atingerea țelului propus. Pentru aceasta, conștiința profesională trebuie să izvorască din generozitate și dezinteres, căci "o mare pasiune, prin definiție, este absolută atît timp cît ne acaparează toate forțele și le pune în slujba ei". În comparație cu această pasiune, efortul celor fără vocație "este ca mîzgîlelile unui copil față de schițele lui Leonardo".

În epuizarea actului profesional, medicul trebuie să aibă o atitudine loială față de colaboratori, cît timp în medicina modernă munca de echipă este inevitabilă. Se poate trăi fără prieteni dar nu și fără colaboratori. Ca act social, actul medical obligă la cooperare, încît colaboratorilor trebuie să li se stimuleze curiozitatea, entuziasmul și puterea de muncă și să li se risipească unele sentimente neavenite ca aroganța în idei, încrederea exagerată în puterile proprii, surditatea la argumentele contrarii. Medicul trebuie să-și educe colaboratorii pentru a fi mîndru de ei, să-i iubească pe cei hamici și să-i reconforteze pe cei descurajați, să ascundă cu tact și fără prejudicii greșelile începătorilor și să respecte părerea altora, să facă o observație la timp pentru a evita suferința adusă de culpa ulterioară. Medicul trebuie să apeleze la severitatea criticii ce sancționează loial și să nu uite să difuzeze în jur căldură și bunătate, pentru a obține cooperare, încredere și recunoștință. Față de colaboratori, medicul trebuie să dovedească principii austere de viață, știut fiind că discreția se cucerește mai greu decît notorietatea gălăgioasă. El nu trebuie să piardă din vedere faptul că acolo unde este sete de sine nu este altruism și fidelitate.

Este necesar ca medicul să-şi cunoască limitele proprii şi să nu creadă că totul se opreşte la capătul umbrei sale. Medicul autentic luptă pentru sporul de umanitate al actelor sale şi nu pentru o reclamă, promovează sobrietatea ca adevărat semn de sănătate morală şi dovedeşte contenţie faţă de orice uşurinţă în afirmarea succeselor sale. Educaţia decenţei profesionale de la care începe adevărata grandoare a actelor medicale va trebui să ducă la subiectivarea convingerii că niciodată medicul nu va fi suficient de mare pentru chemarea medicinei. Contenţia spirituală faţă de succese şi renaşterea morală din eşecurile antitetice lor, trebuie să fie călăuza unor atitudini oneste faţă de profesiune, neputinţa în medicină ascunzîndu-se deseori sub masca unei mulţumiri de sine disproporţionate şi devenind astfel relevantă pentru lipsa de bunăcredinţă.

Aceste aspecte trebuie să îndemne ca, în locul rivalităţii profesionale, să se pună complementaritatea muncii de echipă şi empatia, singure în măsură să anihileze ura, răzbunarea sau calomnia, ca ultime resurse ale neputinţei umane.

Încă de pe băncile facultăţii trebuie educată convingerea că este necesar a conferi faptelor medicale un permanent ideal, că acest ideal trebuie să devină un adevărat elan şi sursă de aspiraţie profesională. Aspiraţia către ceva ce este mai presus de puterile noastre, este specific umană. Din tensiunea aşteptării şi din persuasiunea efortului de a atinge acest ideal, trebuie să se facă o adevărată ştiinţă, medicul fiind oricînd gata a amîna o conduită hedonică în favoarea ţelului propus. Dorinţa de a atinge un ideal oferă tensiuni afective mai puternice decît scopul atins, tensiunea de aşteptare aduce satisfacţia veridică a unei realizări

ulterioare. Erudiția fără pasiune și fără ideal poate deveni ridicolă. Numai conștiința nevoii de aspirație profesională va da medicului garanția deciziilor sale, atunci cînd puterile tehnice nu-l vor ajuta. Numai prin conștiința datoriei, medicul trebuie să aline și să dea speranțe bolnavului, să se apere de falsele acuzații rezultate dintr-o reprezentare inadecvată asupra posibilităților medicinei la un moment dat sau de credința publică în puterile ei, considerate de unii ca nelimitată. Dialogul cu noi înșine, prin intermediul acestui Tribunal Suveran care este conștiința proprie, trebuie să fie rejetul cel mai puternic al impurităților morale care "să facă să înceteze legalitatea". Conștiința datoriei profesionale să confere satisfacția alegerii medicinei ca o șansă deosebită a unei experiențe de viață, ca o posibilitate reală de împlinire uman-socială și de permanentizare în conștiința oamenilor.

Astăzi, cînd omenirea devine conștientă de puterile dar și de fragilitățile sale, prin medicină trebuie să se participe la risipirea avatarurilor care pun în pericol evoluția sa culturală, ajutînd oamenii să fie mai conștienți de responsabilitățile lor, promovînd altruismul și generozitatea ca forme supreme ale achizițiilor și progresului uman. Prin medicină să se cultive sensibilitatea, pentru a ajuta oamenii să-și organizeze propria viață ca un cult al rațiunii și ordinii, al cumpătării și măsurii, pentru a contribui prin umanism științific la realizarea umanismului social, ce tinde ca între existența și esența omului să nu fie nici o antinomie. Medicul trebuie să țină la prestigiul personalității sale, care va condiționa, în mod direct, prestigiul medicinei. Personalitatea sa profesional-umană trebuie să fie creatoare de sensibilitate prin susținerea demnității

omului în faţa condiţiei sale afectată de boală, prin întrunirea dinamismului cu ponderaţia, a ştiinţei cu conştiinţa, a idealului cu realitatea, a competenţei cu clarviziunea, a curajului cu modestia şi a exigenţei faţă de sine cu înţelegerea faţă de alţii. Biografia sa medicală să fie, în realitate, biografia dăruirii integrale iar argumentele sale să fie numai faptele sale.

Convingerea că interiorizarea acestor adevăruri medicale, din care decurge înţelegerea veridică a neliniştilor profesionale, va găsi teren în pasiunea, francheţea şi sobrietatea viitorilor medici, şi face să credem în sentimentele stenice pe care această pledoarie le poate genera. Deontologia şi dreptul medical se impun ca discipline ce contribuie, într-un înalt grad, la întregirea formării tehnico-profesionale a medicului, conferind încredere în competenţa proprie, îmbogăţind cunoştinţele, dînd stăpînire de sine în luarea deciziilor, ajutînd cunoaşterea complexităţii actului medical într-o viziune de ansamblu. Ele lărgesc orizontul profesional, introduc precizia şi claritatea în însuşirea noţiunilor, constituind un ghid de comportament profesional al atitudinii medicale faţă de bolnav. Ele oferă noutăţi medicale şi stimulează, prin aceasta, la o educaţie medicală permanentă. În acelaşi timp, determină la prudenţă şi prin aceasta la înţelepciune profesională, înlăturînd frica şi timorarea din situaţiile dramatice şi oferind siguranţă în realizarea procedurilor medicale. Prin interpretarea logică a cunoştinţelor acumulate, prin disciplina în gîndire şi prin dezvoltarea judecăţii logice consecutiv solicitării intelectuale permanente, prin sentimentul de încredere în competenţa profesională şi în capacităţile medicinei, prin autocontrolul

permanent al actelor profesionale proprii, deontologia conferă, în mod autentic, sentimentul împlinirii personalităţii profesionale.

Deontologia şi dreptul medical contribuie în mod peremptoriu la dezvoltarea conştiinţei profesionale a viitorului medic, prin întărirea simţului de responsabilitate, prin creşterea autoexigenţei faţă de actele proprii, prin întărirea convingerii în caracterul nobil al profesiunii medicale.

Deontologia şi dreptul medical dezvoltă încrederea în pedagogia medicală prin rolul de model educativ oferit de dascăli. Sub aspectul educaţiei medicale, deontologia îmbogăţeşte, prin urmare, bagajul semantic al viitorilor medici, face mai optimistă atitudinea medicilor faţă de posibilităţile medicinei la un moment dat, ca şi faţă de posibilităţile pedagogiei medicale, conferind un plus de maturitate profesională şi cetăţenească şi dovedindu-şi astfel utilitatea incontestabilă în educaţia medicală.

Indiferent de versantele de vîrstă, medicina trebuie să rămînă un destin comun, în care să se găsească sensul profund al dorinţei de valorizare a vieţii prin datorie, curaj şi responsabilitate pentru om.

Un manual de deontologie şi drept medical este cu atît mai bun cu cît pune mai multe probleme conştiinţei noastre profesionale. Sporul de cunoaştere şi de linişte a conştiinţei pe care îl poate duce acest ghid de etică medicală, să fie beneficiul său suveran.

BIBLIOGRAFIE

1. Ander Z., Deontologie medicală, Ed. medicală, 1967.
2. Anty M., Psychologie medicale, Fayard, 1982.
3. Apostol P., Normă etică şi activitate normată, Ed. şt., 1968.
4. Atanasiu A., Săhleanu V., Psihologie şi medicină, Buc., 1972.
5. Balint J., The Doctor, his Patient and the Ilness, London, 1957.
6. Banscincov I.V., Mediţinî psihologhii, Moscova, 1967.
7. Brunhes J., Accidents therapeutiques et responsabilitée, Masson, 1969.
8. Brătescu Gh., Hipocratismul de-a lungul secolelor, Ed. şt., 1968.
9. Brătescu Gh., Etica medicală, Ed. şt., 1969.
10. Brînzei P., Simţul clinic şi practica medicală, Facla, 1972.
11. Chaumard B., Mozein P., Le responsabilité médicale, P.U.F., 1974.
12. Currae W., Droit et Sante mentale, DMS, 1978.
13. Delay J., La psychologie medicale, Masson, 1965.
14. Derobert L., Droit médical et deontologie médicale, Flammarion, 1974.
15. Eck M., Le médecine face aux risques et a la responsabilité, Fayard, 1968.
16. Entralge G., Le médecin et le malade, Hachette, 1969.

17. Fruma I., Responsabilitatea medicului, Sibiu, 1949.
18. Grigoraș I., Datoria etică, Ed. șt., 1968.
19. Israel L., Le médecin face au malade, Dessart, 1968.
20. Jacob Fr., Logica Viului, Ed. enciclopedică, 1972.
21. Kallos N., Roth A., Axiologie și etică, Ed. șt., 1968.
22. Kernbach M., Medicina Judiciară, Ed. medicală, 1958.
23. Kornprobst L., Responsabilitées du médecin, Flamarion, 1957.
24. Kornprobst L., Morale médicale, Paris, 1966.
25. Knight B., Legal aspects of medical practice, London, 1972.
26. Lombard P. și col., Le Médecin devant ses juges, Laffont, 1973.
27. Lockwoot M., Moral Dilemas in Modern Medicine, Oxford, Univ. Press., 1985.
28. Malherbe J., Médecine et droit moderne, Masson, 1968.
29. Melennec L., La responsabilité pénale du médecin, Maloine, 1984.
30. Melennec L., Sicard J., La responsabilité civile du médecin, Maloine, 1978.
31. Mason K.J., Law and Medical ethics, Butter Worths, 1983.
32. Moore S.M., Law and Psychiatry, Cambridge, Univ. Press., 1984.
33. Milunscky C., Genetics and the Law Plenum, 1977.
34. Moritz A., Handbook of Legal medicine, St. Louis, 1970.
35. Moraru M., Valoare și etos, Ed. șt., 1976.

36. Ozun N., Poenaru., Responsabilitatea profesională şi socială a medicului, Ed. med., 1973.
37. Ozun R., Medicină şi adevăr, Ed. med., 1976.
38. Penneau J., Faute et erreur en matière de responsabilité médicale, Pichon, 1973.
39. Penneau J., La responsabilité médicale, Sirey, 1977.
40. Polson J.C., The Essentials of Forensic medicine, London, 1965.
41. Popa Gh., Hanganu E., Cancer and Truth, Congr. Amsterdam, 1975.
42. Popielski B., Medycyna i pravo, Varşovia, 1968.
43. Porot J., Psychologie médicale, Pichon, 1976.
44. Prozorovski I.V., Sudebnaia Meditina, Moscova, 1968.
45. Rostand J., Corespondenţa unui biolog, Ed. encicloped., 1975.
46. Săhleanu V., Conceptul despre om în medicina contemporană, Dacia, 1976.
47. Săhleanu V., Prolegomene la o axiologie medicală, 1973.
48. Savatier R., Traité de droit medical, Paris, 1956.
49. Scripcaru Gh., Terbancea M., Medicina Legală, Ed. didact., 1970.
50. Singer O., Applied Ethics, Oxford, Univ. Press, 1986.
51. Stănescu C., Responsabilitatea civilă şi delictuală pentru faptele altuia, Ed. Şt., Buc., 1984.
52. Stere E., Din istoria doctrinelor morale, Ed. şt., 1975.
53. Tanase Al., Cultură şi umanism, Junimea, 1973.
54. Taylor L.J., The Doctor and the Law, London, 1970.

55. Vianu T., Introducere în teoria valorilor, Buc., 1962.
56. xxxxxx La responsabilité civile des médecins, Lyon, 1975.
57. xxxxxx Medical ethics and medical education, OMS, 1981.
58. xxxxxx Doctors Dilemmas (Medical Ethics and Contemporany Science), Hervester Press, 1987.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuprins

OBIECTUL BIOETICII, DEONTOLOGIEI ŞI AL DREPTULUI MEDICAL 5

ELEMENTE EVOLUTIVE ALE DEONTOLOGIEI MEDICALE 29

ELEMENTE EVOLUTIVE ALE DREPTULUI MEDICAL 55

RESPONSABILITATEA MEDICALĂ ÎN SOCIETATEA CONTEMPORANĂ 87

ASPECTE ETICE ALE PSIHOLOGIEI MEDICALE 99

Elemente de psihologie medicală generală 104

Elemente de psihologie medicală specială 107

CONSIMŢĂMÎNTUL BOLNAVULUI ÎN PRACTICA MEDICALĂ 125

DEONTOLOGIA CONFIDENŢEI MEDICALE 143

Remanenţe şi paradoxuri ale secretului medical 153

RESPONSABILITATEA ÎN PRACTICA MEDICALĂ 159

Responsabilitatea în asistenţa medicală de urgenţă 159

Deontologia experimentului medical 162

221

BCU Cluj / Central University Library

Deontologia investigaţiei ştiinţifice 170
Deontologia evaluării riscurilor terapeutice 170
Profilaxia deontologică a riscului erorilor de diagnostic 173
Deontologia cercetării ştiinţifice 175
Responsabilitatea medicală faţă de subalterni 176
Responsabilitatea instituţiilor medicale ca persoane juridice 177
Deontologia prescrierii substanţelor stupefiante 179
Aspecte deontologice ale economiei medicale 180

BIOETICĂ ŞI BIOTEHNOLOGIE 185
Să modificăm natura 186
Omul - obiect al biotehnologiilor 187

SIDA ŞI DREPTUL MEDICAL 195
Normative de securitate 196
Legitimarea testelor de depistare 197
Dreptul la informare 197
Respectul consimţământului bolnavului 198
Secretul medical (dreptul la confidenţialitate) 199
Implicaţii judiciare în SIDA 200

PERSONALITATEA MEDICALĂ SUB ASPECT DEONTOLOGIC 203

POSTFAŢĂ 207

BIBLIOGRAFIE 217

BCU "LUCIAN BLAGA" CLUJ-NAPOCA UNIVERSITY LIBRARY
601515 DEPOZITUL 1994

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În curînd, la Editura „Omnia"—Iași:

- Prof. dr. Valeriu Rusu: *Biofizică medicală*
- Ion Popescu-Sireteanu: *Siretul, vatră de istorie și cultură*
- Valeriu Ciucă: *Sociologie juridică generală*

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lei 3000